



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Rol del conocimiento científico en la política pública de Salud Mental en Colombia: Estudio de caso sobre el suicidio 1990-2010

Magnolia del Pilar Ballesteros Cabrera

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2013

Rol del conocimiento científico en la política pública de Salud Mental en Colombia: Estudio de caso sobre el suicidio 1990-2010

Magnolia del Pilar Ballesteros Cabrera

Código: 598369

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Doctora en Salud Pública

Directora:

María Elsa Gutiérrez Malaver PhD.

Línea de Investigación:

Representaciones Sociales en Salud y Enfermedad

Grupo de Investigación:

Grupo Interdisciplinario de Investigación en Representaciones Sociales

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2013

*La porte que quelqu'un a ouverte
La porte que quelqu'un a refermée
La chaise où quelqu'un s'est assis
Le chat que quelqu'un a caressé
Le fruit que quelqu'un a mordu
La lettre que quelqu'un a lue
La chaise que quelqu'un a renversée
La porte que quelqu'un a ouverte
La route où quelqu'un court encore
Le bois que quelqu'un traverse
La rivière où quelqu'un se jette
L'hôpital où quelqu'un est mort.*

Jacques Prévert

Agradecimientos

La autora expresa su sincero agradecimiento a:

El Programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, la Doctora María Elsa Gutierrez Malaver, el Doctor Francisco Becerra, a Liza Thong, Julia Olesiak y Kaelan Moat, Daniel Patiño, Teodolinda Sánchez, Deisy Arrubla, al Doctor John Lavis y su grupo de colaboradores del McMaster Health Forum por su conocimiento y colaboración que hicieron posible llevar a buen termino la presente investigación. A los integrantes de la dirección de promoción y prevención del Ministerio de Salud y Protección Social, los integrantes de la Mesa Nacional de prevención del suicidio, Carolina Carvajal Gamba por su apoyo desde la Red Nacional de Suicidología, los integrantes del Observatorio de Salud Mental y drogas, Colciencias, a todos los participantes y demás colaboradores y a mi familia por estar siempre ahí.

Rol del conocimiento científico en la política pública de Salud Mental en Colombia: Estudio de caso sobre el suicidio 1990-2010

Resumen

El objetivo de este trabajo fue establecer el rol de la producción científica sobre el suicidio a nivel nacional e internacional en la elaboración de políticas públicas sobre salud mental entre 1990 y 2010. Se trata de un estudio de caso retrospectivo multimétodo desarrollado en tres etapas a través del análisis documental, mapeo de actores y entrevista semiestructurada, bajo el supuesto de que los principales aportes del sistema científico en el desarrollo social, deben rastrearse en las vinculaciones que la producción científica entabla como catalizador de la política pública. Como hallazgos importantes se puede mencionar que los estudios epidemiológicos y descriptivos predominantes en la literatura nacional, han contribuido en la construcción del problema del suicidio como problema de salud pública y en su inscripción en la agenda política. Sin embargo, desde la perspectiva de los trabajadores de sector salud el rol del conocimiento científico consiste en proporcionar criterios científicos que garanticen la idoneidad técnica de lo que se va a implementar y los resultados de las acciones ya emprendidas, aspecto que ubica la utilidad del conocimiento en las fases de implementación y evaluación de una política.

Palabras clave: conocimiento científico, política de salud, salud mental y suicidio.

Role of scientific knowledge in Colombian mental health public policy: Case Study on suicide 1990-2010

Abstract

This investigation aims to analyze scientific literature on suicide from national and international publications in order to establish its role in the development of public policies on mental health in Colombia between 1990 and 2010. This is a retrospective study case assuming that the main contributions from the scientific system to social development and serious public health problems affecting Colombian society must be searched in the scientific production as it constitutes a catalyst for public policy. Descriptive and epidemiological studies prevailing in the national literature reviewed have contributed to the social construction of suicide as a public health problem and its inscription on the political agenda. However, from the perspective of health workers, the role of scientific knowledge is to provide scientific criteria that allows to ensure technique suitability to be implemented as well as the results of actions already undertaken, this aspect places the utility of knowledge in the phases of policy implementation and evaluation.

Keywords: scientific knowledge, health policy, mental health and suicide.

Contenido

Pág.

Resumen IX

Lista de figuras XIII

Lista de tablas XV

Lista de Símbolos y abreviaturas XVII

Introducción 1

| | |
|--|-----------|
| Capítulo 1. Hacia la construcción del problema..... | 3 |
| La Salud Mental: Un problema de Salud Pública | 3 |
| El suicidio como caso de estudio..... | 9 |
| Objetivos | 14 |
| Objetivo General..... | 14 |
| Objetivos Específicos | 14 |
| Marco conceptual..... | 15 |
| La Salud Mental en el contexto de la Salud Pública..... | 15 |
| Suicidio | 17 |
| El Conocimiento Científico y la Investigación en Salud..... | 17 |
| Políticas Públicas y Política de Salud Mental | 21 |
| El rol del Conocimiento Científico | 22 |
| Diseño Metodológico | 24 |
| De-limitaciones. | 24 |
| Selección del Caso | 24 |
| Etapas propuestas para el desarrollo de la Investigación | 25 |
| Técnicas e instrumentos de Trabajo..... | 25 |
| Análisis Documental | 25 |
| Mapa de Actores..... | 26 |
| Entrevista Semiestructurada..... | 27 |
| Población de Estudio | 27 |
| Criterios de Cientificidad..... | 28 |
| La ética de la investigación..... | 28 |
| Capítulo 2. Qué nos dice la literatura sobre el suicidio..... | 29 |

| | |
|--|------------|
| Comportamiento de la producción científica colombiana sobre el suicidio entre 1990-2010 | 29 |
| Análisis de la producción científica Nacional sobre el suicidio..... | 34 |
| Análisis Bibliométrico..... | 35 |
| Análisis cualitativo de la literatura | 41 |
| Análisis de la producción científica Internacional sobre el suicidio | 52 |
| Capítulo 3. Una mirada desde los avances en políticas públicas de la Salud Mental en Colombia 1990-2010 | 82 |
| La magnitud del problema: Tasas y tendencias | 82 |
| El suicidio en el marco de la Salud Mental..... | 83 |
| Marco legislativo Colombiano en materia de Salud Mental..... | 87 |
| El salto Social, Plan de Desarrollo 1994-1998 Ernesto Samper Pizano. | 91 |
| Cambio para construir la Paz, Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Andrés Pastrana Arango..... | 92 |
| Hacia un Estado Comunitario, Plan de Desarrollo 2002-2006. Álvaro Uribe Vélez. . | 93 |
| Estado Comunitario: Desarrollo para todos. Plan de Desarrollo 2006-2010. Álvaro Uribe Vélez | 94 |
| Capítulo 4. Las voces de los actores | 99 |
| Capítulo 5. Discusión de Resultados | 114 |
| La construcción del suicidio como un problema de Salud Pública..... | 114 |
| Ontología, epistemología y metodología de la producción científica sobre el suicidio..... | 116 |
| Las políticas públicas y los actores sociales..... | 125 |
| Conclusiones y recomendaciones | 135 |
| Recomendaciones | 137 |
| Alcances y Limitaciones de la Investigación | 138 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1-1. Cambio en la distribución de la carga global de enfermedad por grupo de patologías, (1990-2010)..... | 4 |
| Figura 1-2. Prevalencias de vida comparativas de trastornos mentales según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003..... | 6 |
| Figura 1-3. Distribución geográfica de la prevalencia de trastornos mentales Estudio Nacional de Salud Mental 2003..... | 6 |
| Figura 1-4. Porcentaje del presupuesto de salud empleado en salud mental en países de Suramérica - 2005 | 7 |
| Figura 1-5. Evolución Global de la tasa de suicidio para hombres y mujeres 1950-2000.10 | |
| Figura 1-6. Distribución de las tasas de suicidio por genero y edad, 2000. | 10 |
| Figura 1-7. Mapa de la tasa de suicidio a nivel mundial. Por 100.000 hab/año 2011. | 11 |
| Figura 1-8. Casos de suicidio. Colombia 2001 a 2011. Fuente: INMLCF, 2012..... | 12 |
| Figura 1-9. Tasa de Suicidio. Colombia 2002-2012..... | 12 |
| Figura 2-1. Distribución de los grupos con algún tipo de producción científica 1990-2010 según Institución a la cual pertenecen..... | 30 |
| Figura 2-2. Categorización de las Líneas de Investigación reportadas por los grupos de investigación categoría A, Colciencias 2010. Fuente: Autora..... | 33 |
| Figura 2-3. Proceso de recopilación de la producción nacional sobre el suicidio 1990-2010. | 35 |
| Figura 2-4. Distribución de productos de la producción nacional sobre el suicidio 1990-2010 según revista..... | 36 |
| Figura 2-5. Distribución de registros según fecha de publicación de los artículos. Fuente: Autor | 37 |
| Figura 2-6. Distribución de documentos según la cantidad de autores firmantes. | 39 |
| Figura 2-7. Distribución de la productividad de autores según el Modelo de Lotka. | 40 |
| Figura 2-8. Categorías emergentes sobre el tipo de diseño de la producción científica a nivel nacional sobre el suicidio 1990-2010. | 42 |
| Figura 2-9. Proceso de recopilación de la producción internacional sobre el suicidio 1990-2010. | 53 |
| Figura 2-10. Distribución de productos por revista. | 54 |
| Figura 2-11. Distribución de registros según fecha de publicación de los artículos. | 55 |
| Figura 2-12. Distribución de países lugar de trabajo de los autores. | 55 |
| Figura 2-13. Distribución de la producción científica internacional por categorías 1990-2010. | 56 |
| Figura 2-14. Distribución de la productividad de autores según el Modelo de Lotka. | 57 |

| | |
|--|-----|
| Figura 2-15. Categorías resumidas del comportamiento suicida. Fuente: elaboración propia a partir de Posner, Oquendo, Gould, Stanley y Davies, (2007)..... | 59 |
| Figura 4-1. Mapa de Actores identificados a partir del análisis de las Políticas Públicas sobre Salud Mental, Colombia 1990-2010 | 101 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1-1. Suicidio según grupos de edad y sexo, Colombia 2011..... | 12 |
| Tabla 1-2. Relaciones entre investigación y políticas; modelos explicativos. Adaptado por Gómez et al 2006..... | 19 |
| Tabla 2-1. Distribución de los grupos con producción científica sobre el suicidio registrados en GrupLac y clasificados por Colciencias, año 2010 | 29 |
| Tabla 2-2. Distribución número de integrantes y artículos completos por grupo sobre el tema del suicidio producidos y publicados entre 1990-2010, grupos categoría A y A1 Colciencias año 2010..... | 30 |
| Tabla 2-3. Distribución número de integrantes y artículos completos por grupo sobre el tema del suicidio producidos y publicados entre 1990-2010, grupos categoría B, C y D Colciencias año 2010..... | 32 |
| Tabla 2-4. Categorías emergentes de la clasificación de la producción científica 1990-2010 según temática..... | 38 |
| Tabla 2-5. Distribución de autores según nivel de productividad científica. | 39 |
| Tabla 2-6. Resumen de indicadores de producción científica sobre el tema del suicidio 1990-2010..... | 40 |
| Tabla 2-7. Categorías de análisis de la información..... | 41 |
| Tabla 2-8. Categorías emergentes de los objetivos de la producción científica a nivel nacional sobre el suicidio 1990-2010..... | 42 |
| Tabla 2-9. Instrumentos utilizados en los estudios sobre suicidio Colombia 1990-2010.. | 43 |
| Tabla 2-10. Financiadores en estudios multicentricos sobre el suicidio 1990-2010..... | 44 |
| Tabla 2-11. Distribución de autores según nivel de productividad. | 57 |
| Tabla 2-12. Resumen de indicadores de producción científica internacional sobre el tema del suicidio 1990-2010. | 58 |
| Tabla 2-13. Clasificación de los estudios internacionales 1990-2010 seleccionados para el estudio..... | 58 |
| Tabla 2-14. Factores de riesgo identificados en el proceso de revisión de la literatura. .. | 60 |
| Tabla 2-15. Postulados aceptados como guía de atención..... | 65 |
| Tabla 2-16. Niveles de prevención utilizados por Miller, Eckert y Mazza (2009)..... | 68 |
| Tabla 2-17. Tratamientos psicosociales más efectivos según grupo poblacional. | 72 |
| Tabla 2-18. Modelos cognitivo conductuales utilizados para el tratamiento de la conducta suicida..... | 73 |
| Tabla 2-19. Terapias de Resolución de problemas. | 75 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 2-20. Tabla resumen de programas de prevención, tratamiento y posvención según grupo poblacional. | 80 |
| Tabla 2-21. Escalas para la medición de la conducta suicida. | 81 |
| Tabla 3-1. Diferencias entre Política, Ley, Decreto, Resolución y Norma. | 89 |
| Tabla 3-2. Resumen de Leyes, Decretos, Resoluciones y acuerdos que regulan la salud mental en Colombia 1990-2010. | 97 |
| Tabla 4-1. Aspectos de la categoría Relaciones predominantes. | 99 |
| Tabla 4-2. Aspectos de la categoría Jerarquización del poder. Fuente elaboración propia | 100 |
| Tabla 4-3. Composición de la muestra actores sociales que aceptaron participar de manera voluntaria en la fase de entrevistas. | 103 |
| Tabla 4-4. Problemas asociados a la conducta suicida en Colombia desde la perspectiva de cuatro grupos de actores sociales. | 105 |
| Tabla 4-5. Categorías emergentes sobre problemas asociados a la conducta suicida. | 106 |
| Tabla 4-6. Acciones de intervención mencionadas por los actores sociales. | 107 |
| Tabla 4-7. Prioridades según tipo de investigación en literatura revisada y participantes. | 112 |
| Tabla 4-8. Prioridades de investigación según el tipo de conducta suicida. | 112 |
| Tabla 4-9. Prioridades de investigación según método de suicidio reportado en Forensis 2011. | 113 |
| Tabla 4-10. Prioridades según grupo poblacional. | 113 |

Lista de Acrónimos

Siglas y Acrónimos

| | |
|------------|---|
| ACNUR | Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados |
| AVISAS | Análisis de carga de enfermedad |
| CAM | Combined Approach Matrix |
| CISD | Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo |
| COHRED | Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo |
| DANE | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| INMLCF | Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses |
| MSL | Medicina social latinoamericana |
| PAHO (OPS) | Organización Panamericana de la Salud |
| RS | Representaciones Sociales |
| SC | Salud colectiva |
| SNIS | Sistemas Nacionales de Investigación en Salud |
| WFMH | Federación Mundial de Salud Mental |
| WHO (OMS) | Organización Mundial de la Salud |
| RFL | Inventario de razones para vivir |
| PANSI | Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa |

Definiciones

Política - se refiere a los planes y procedimientos desarrollados e implementados por el gobierno, organizaciones y asociaciones para lograr los objetivos deseados.

Política de salud - conjunto de decisiones o compromisos para seguir cursos de acción tendientes a lograr los objetivos definidos y metas para mejorar la salud.

Análisis de políticas - serie de técnicas y herramientas para el estudio de las características de las políticas, origen y consecuencias. Las principales preocupaciones de los análisis de políticas son el resultado de las políticas de salud o los efectos que la política tiene sobre las personas.

Prevención - estrategia que reduce la probabilidad de riesgo de inicio, retrasa la aparición de problemas de salud adversos o reduce el daño resultante de las condiciones o comportamientos.

Prevención universal - estrategia o enfoque dirigido al público en general o a un grupo poblacional que no ha sido tamizado sobre la base del riesgo individual.

Prevención selectiva - estrategia o enfoque dirigido a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar trastornos mentales es significativamente más alto que el promedio.

Prevención indicada - estrategia o enfoque dirigido a personas de alto riesgo que han sido identificadas con signos mínimos pero detectables, síntomas de trastorno mental y/o marcadores biológicos que indican la predisposición para el trastorno mental.

Estrategia - línea de acción emprendida para lograr una meta específica o un conjunto de metas.

Intervención - estrategia o enfoque que pretende evitar un resultado o altera el curso de una condición existente.

Prevención primaria - se refiere a la población general.

Prevención secundaria - destinada a las personas al inicio de la condición patológica en el contexto del cribado.

Prevención terciaria, tratamiento y rehabilitación - La prevención terciaria se dirige a las personas en un contexto de tratamiento cuando las características clínicas están presentes.

Actividades de posvención - emprendidas para hacer frente a las consecuencias de un suicidio. Posvención abarca varias formas de intervenciones dirigidas a disminuir las

consecuencias de un suicidio, incluyendo posibles conductas suicidas entre las personas afectadas por el suicidio de un conocido.

Control de medios y métodos - técnicas, políticas y procedimientos diseñados para reducir el acceso o disponibilidad a medios y métodos de autolesión deliberada.

Medios - Instrumento u objeto por el cual un acto autodestructivo se lleva a cabo (por ejemplo, armas de fuego, veneno, medicamentos).

Métodos - acciones o técnicas que producen daño (por ejemplo, asfixia, intoxicación, saltos).

Lesiones intencionales - lesiones producidas por la acción intencional ya sean dirigido hacia uno mismo (auto-dirigidas) o hacia otros (agresivo), a veces referido como las lesiones violentas.

Autolesiones - diversos métodos por los cuales los individuos se lesionan como laceración, golpes, sobredosis de alcohol o sustancia.

Ideación suicida - cognición que puede variar entre pensamientos fugaces sobre que no vale la pena vivir, planes muy concretos para matarse uno mismo, hasta una intensa preocupación de auto-destrucción.

Parasuicidio (intentos de suicidio) - se refiere a un acto con un resultado no fatal, en el que un individuo deliberadamente inicia un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, producirá autolesiones.

Conducta suicida - cubre una amplia gama de comportamientos autodestructivos con un desenlace fatal o no fatal.

Suicidio - acto con resultado de muerte, que fue iniciado deliberadamente y ejecutado con conocimiento o previsión de su desenlace fatal.

Introducción

A nivel mundial la carga global de enfermedad se ha convertido en un importante punto de partida para replantear los temas relevantes en el área de la salud pública, obligando a la inclusión de la salud mental y del suicidio como prioridad en la agenda de trabajo; pues al emerger las enfermedades psiquiátricas como un componente importante, tanto en términos de discapacidad funcional como de muerte temprana, se ha venido reforzando la necesidad de incluir la salud mental como tema prioritario en salud.

Es así como en el presente trabajo, a través de un estudio de caso retrospectivo multimétodo, se propuso establecer el rol de la producción científica nacional e internacional sobre el suicidio, en la elaboración de políticas públicas sobre salud mental en Colombia entre 1990 y 2010. El trabajo consta de cinco capítulos a saber:

El primero, integra la descripción de la situación problema de estudio partiendo de una revisión de las estadísticas en los niveles global y nacional sobre enfermedad mental como un problema grave de Salud Pública y el reconocimiento de que factores como la calidad del medio social, la cultura y las condiciones de desigualdad económica, son factores de riesgo que precipitan y aumentan la cronicidad de la enfermedad mental; el planteamiento de las preguntas orientadoras y la contextualización del suicidio como un problema de salud mental. Así mismo, el capítulo contiene los objetivos, el referente conceptual y el diseño metodológico utilizado.

El segundo capítulo corresponde a la síntesis de la información resultado del análisis de la literatura sobre el tema del suicidio producida a nivel nacional, y la producción sobre las intervenciones más difundidas en el tema de prevención del suicidio a nivel internacional publicadas entre 1990-2010; el tercer capítulo presenta el análisis de las políticas públicas de salud mental en Colombia, aprobadas entre 1990-2010, a la luz de los propósitos de desarrollo correspondientes a cinco periodos presidenciales. El cuarto capítulo, presenta el mapeo de los actores sociales que intervinieron en el establecimiento de la agenda política y en la elaboración de las políticas públicas relacionadas con Salud Mental en Colombia entre 1990-2010 y las apreciaciones de algunos de ellos, sobre el rol del conocimiento científico en la política pública.

El quinto capítulo incluye la discusión de los resultados, bajo el supuesto de que los principales aportes del sistema científico en el desarrollo social, deben rastrearse en las vinculaciones que la producción científica entabla como catalizador de la política pública. Finalmente, se presentan las conclusiones generales del estudio, así como se formulan sugerencias y recomendaciones a ser consideradas en futuras investigaciones relacionadas con el tema.

Capítulo 1. Hacia la construcción del problema

La Salud Mental: Un problema de Salud Pública

El argumento más fuerte proviene de las estadísticas sobre enfermedad mental como un problema grave de Salud Pública a nivel mundial, situándola como la primera causa de discapacidad que se manifiesta en el comportamiento humano. A nivel mundial, según informe de la OMS, *European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions* (2005), los siguientes datos y cifras ponen de relieve los aspectos más importantes de la salud mental y los trastornos mentales:

“...de los países estudiados el 41% aún carecen de políticas de salud mental, el 25% carece de legislación en salud mental, el 41% carece de centros de tratamiento en atención primaria para desordenes mentales serios, el 37% carece aún de centros comunitarios y el 65% de camas para atención a enfermedad mental en los hospitales psiquiátricos...” (WHO, *European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*, 2005)

Una mirada global sobre los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante la primera década del siglo XXI sobre el tema de la salud mental, permite señalar que una de cada cuatro personas en el mundo sufre de un desorden mental o neurológico, siendo aproximadamente 450 millones de personas las que sufren de este tipo de desordenes; así, trastornos tan frecuentes como la depresión, afecta aproximadamente a 121 millones de personas (WHO W. H., World Health Organization. Factsheet - Depression, 2005).

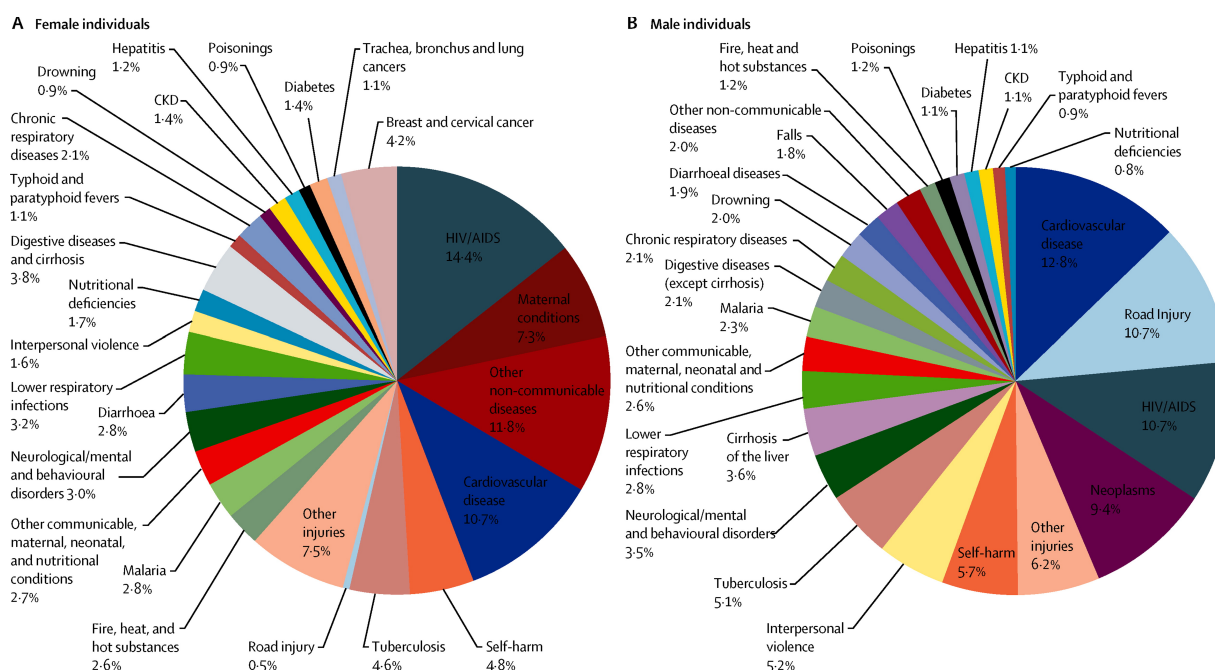
Respecto a América Latina y el Caribe los datos provenientes del Atlas de Salud Mental (WHO, 2011) indican que al 2011 el 71% de los países contaban con planes nacionales de salud mental y tan sólo el 59% reportaron tener legislación sobre salud mental. Según el *World Health Report-Primary Health Care: Now more than ever* (WHO, 2008), cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años y se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, pues en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares.

Según datos y cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10 Datos sobre la salud Mental, OMS, 2010), por término medio unas 800 000 personas se suicidan todos los años, el 86% de ellas en países de ingresos bajos y medios. Más de la mitad de las personas que se quitan la vida tienen entre 15 y 44 años. Las tasas más altas de suicidio se registran entre los varones de los países de Europa del Este. Por otra

parte, las guerras y otros desastres de gran envergadura tienen un gran impacto en la salud mental y el bienestar psicosocial. La incidencia de los trastornos mentales tiende a duplicarse después de las emergencias (guerras, terremotos y ataques terroristas entre otros) haciendo de éstos un factor de riesgo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, dando lugar a traumatismos intencionales o no intencionales.

Según la *European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions* (WHO, 2005), se espera que para el año 2020, las enfermedades no transmisibles sean responsables de siete de cada diez muertes en las regiones en desarrollo, en contraste con la cifra señalada en la figura 1-1 que no alcanza a ser la mitad.

Figura 1-1. Cambio en la distribución de la carga global de enfermedad por grupo de patologías, (1990-2010)



Fuente: (WHO, The Global Burden of disease 2012)

Las enfermedades psiquiátricas¹, cuya importancia ha sido desconocida hasta el momento, emergen como un componente muy importante de la carga global de la enfermedad, tanto en términos de discapacidad funcional como de muerte temprana, considerándose que pasarán de un 10,5% en 1990 al 15% en 2020. Lesiones tanto intencionales como accidentales (ver figura 1-1), muchas de ellas relacionadas con la presencia de trastornos conductuales y consumo de alcohol, alcanzarán gran importancia, y para el año 2020 podrían rivalizar con las enfermedades infecciosas como

¹ Las enfermedades mentales se encuentran bajo la clasificación de enfermedades no transmisibles.

principal causa de enfermedad y muerte en el mundo entero (Posada-Villa, Rodríguez, & Cárdenas, 2005).

En Colombia el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2003) reveló que los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes (25,3%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (14.6%) y que el riesgo parece estar incrementándose a través de las cohortes históricas de nacimiento. En relación con las bases conceptuales que sustentan el estudio, afirma Urrego (2007)² que:

“en los últimos treinta años la acepción de salud mental como ausencia de enfermedad ha sido la que domina el panorama en Colombia, pues ninguno de los estudios realizados hasta el momento, ha buscado comprender la situación de salud como resultante de procesos históricos, ni ha trascendido el modo de asumir la esfera de lo social a manera de un conjunto de variables extrínsecas a la salud mental”.

Según el Doctor Miguel Ángel Sabogal García, presidente de la Asociación Colombiana para la Salud Mental (Sabogal, 2008), es bien reconocido que factores como la calidad del medio social, la cultura, las experiencias traumáticas y las condiciones de desigualdad económica, son factores de riesgo que precipitan y aumentan la cronicidad de la enfermedad mental, ya que las condiciones y circunstancias de vulnerabilidad e inequidad determinan y afectan la salud mental de los colombianos. El informe de la ONU-CEPAL (2012), señala que Colombia a pesar de ser uno de los países con mayor inequidad en cuanto a la distribución del ingreso en América Latina, con un coeficiente Gini de 0,539 en 2012, pasó de ocupar el sexto puesto con la peor distribución del ingreso en el mundo, al puesto diecinueve; de este modo, se observan niveles de concentración relativamente similares a los de Colombia en países como Brasil, Chile, Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana, donde los porcentajes se acercan al 40% de los ingresos para los más ricos y entre el 11% y el 15% para los más pobres.

La carencia de oportunidades, las transformaciones económicas y las crisis provocadas por los cambios en las formas de vinculación social, conducen no sólo a la desorientación, desconfianza y sensación permanente de vacío como efecto directo de la modernidad; sino también a la insatisfacción de necesidades básicas que garantizan una óptima calidad de vida (Parales-Quenza, 2008). Según el DANE (2013), en el mes de Mayo la tasa de desempleo a nivel nacional alcanzó el 9,4%, lo que quiere decir que el país pasó de tener en promedio 2.337 millones de desocupados a 2.214 millones durante el primer semestre de 2013.

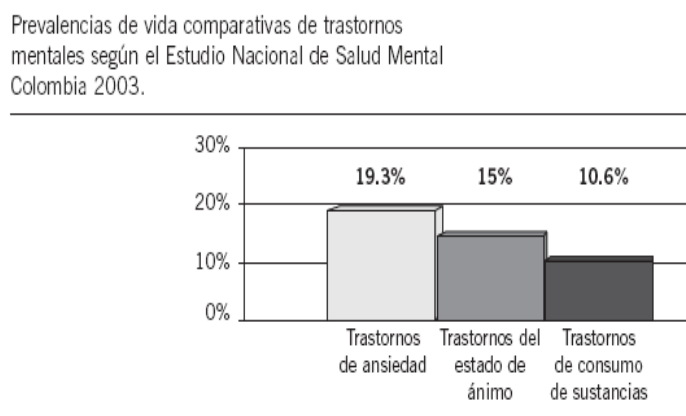
Por otra parte, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) citado en Medios para la Paz (2006), Colombia es el segundo país en número de desplazados en el mundo, esto teniendo en cuenta que el desplazamiento forzado se asocia con sufrimiento emocional, ya que modifica en las personas su forma

² El autor analizó, con una perspectiva historiográfica, los diferentes estudios exploratorios colombianos sobre la situación de salud mental durante el período 1974-2004 con el fin de identificar cómo se operaron en éstos los conceptos de salud mental y situación de salud.

de vida, su entorno, sus referentes, su papel y las exigencias externas, lo cual es particularmente problemático en los niños, niñas y jóvenes.

El Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2003) señaló que el 40% de la población colombiana presenta en algún momento de su vida algún trastorno mental tal como puede verse en la Figura 1-2, pero sólo el 8% busca tratamiento en el primer año de aparición de los síntomas. La mayoría se demora en promedio 15 años en buscar ayuda. De este porcentaje, sólo el 15% recibe un tratamiento adecuado. Únicamente 10% de las personas con un trastorno mental, 20% con dos trastornos mentales y 20% con tres o más trastornos mentales reciben atención.

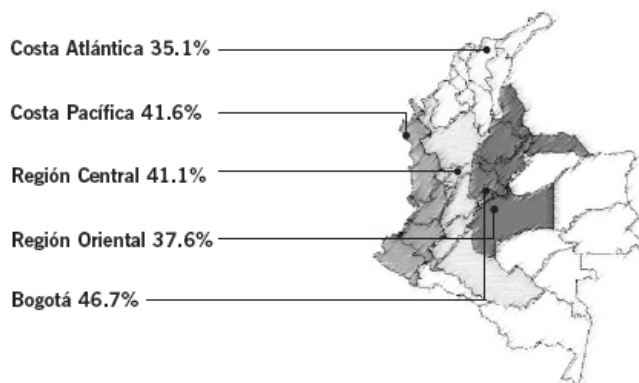
Figura 1-2. Prevalencias de vida comparativas de trastornos mentales según el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003



FUENTE. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003.

De hecho, la distribución geográfica de la prevalencia de trastornos mentales pone en evidencia el gran impacto generado en regiones como Bogotá y la Costa Pacífica, en contraste con la Costa Atlántica (ver Figura 1-3).

Figura 1-3. Distribución geográfica de la prevalencia de trastornos mentales Estudio Nacional de Salud Mental 2003



Según Zapata (2005), cerca del 15% de indigentes tienen una enfermedad mental no tratada y no reconocida por la sociedad ni por el Estado. Adicionalmente, la vulnerabilidad mental de las minorías étnicas y de migrantes provenientes del campo se

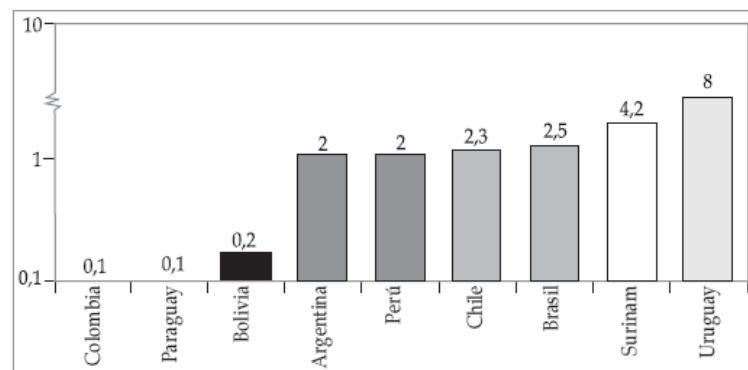
ha incrementado sin que existan en la actualidad espacios adecuados de intervención que tengan, además, su cosmovisión y recursos culturales.

La Asociación de Hospitales Mentales, en reunión con el Comité de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría llevada a cabo en 2007, señaló entre los problemas para la adecuada provisión de intervenciones en salud mental los siguientes:

1. “Falta de articulación entre los planes territoriales e institucionales, de rectoría y de instancias receptoras regionales y de recursos económicos con destinación específica.
2. Centralización y concentración en el segundo y en el tercer nivel de atención, que impide el adecuado desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia.
3. Inadecuado suministro de medicamentos.
4. Fenómeno de la ‘puerta giratoria’, junto con la existencia de una pobre red de apoyo y barreras geográficas.
5. Concentración en ciertas zonas del personal calificado y escaso control de la idoneidad de quienes trabajan en salud mental”.

En general, la deuda que tiene el país con el campo de la salud mental es evidente, pues del presupuesto total de salud, el porcentaje asignado a la salud mental es de los más bajos de la región, sólo similar al registrado en Paraguay y Bolivia (por debajo del percentil 25) (ver Figura 1-4).

Figura 1-4. Porcentaje del presupuesto de salud empleado en salud mental en países de Suramérica - 2005



Adaptado de: Saraceno et al. (2005).

Amador (2006) en un estudio realizado en entorno comunitario, señaló que las personas con trastorno mental padecen intolerancia social, discriminación laboral, abandono familiar, aislamiento social, carencia de seguridad social y acceso limitado a los servicios. Según Villa, Rodríguez y Cárdenas (2005), tradicionalmente la atención en salud mental se ha ofrecido a las personas con enfermedades mentales graves, pero ahora debe incluirse también grandes grupos de población vulnerable desde el punto de vista psicosocial, integrados en el Sistema de la Protección Social.

De este modo, datos sobre la enfermedad mental y el suicidio, el reconocimiento de las enfermedades psiquiátricas como un componente importante de la carga global de la enfermedad y la identificación de la calidad del medio social, la cultura y las condiciones de desigualdad económica como factores de riesgo que precipitan y aumentan la

cronicidad de la enfermedad mental, constituyen un indicador de que no sólo es necesario construir una base de conocimiento fundamentada en métodos rigurosos de investigación como plataforma en la toma de decisiones³, sino también garantizar la incidencia de este tipo de conocimiento en las políticas, planes y programas, al tiempo que el reposicionamiento del tema de salud mental en los programas de formación de profesionales en el área de la salud.

Esta lectura del problema de investigación permite comprender que la investigación en salud es un ejercicio de lógicas complementarias y su agenda de prioridades no corresponde exactamente a la agenda de necesidades de salud de la población, siendo el escenario en el que se ubica este proyecto, el de investigación en salud. Sin embargo, al pensar el ejercicio de investigación sobre el contenido de la producción científica en torno al tema de salud mental en Colombia, aparecen al menos cinco temas relevantes: la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual infantil y el suicidio. Por eso, siendo tan amplio el espectro de información en el campo de la salud mental, se propone indagar sobre el tema del suicidio partiendo de las siguientes preguntas:

- *¿Cuál es la producción científica nacional sobre el tema del suicidio?*
 - *¿Quiénes producen?*
 - *¿Dónde publican?*
- *¿Cuáles son las características de la construcción sobre suicidio desde el conocimiento científico en un país como Colombia?*
 - *¿Sobre qué temas en torno al suicidio?*
 - *¿Qué se dice?*
- *¿Cuál es el rol del conocimiento científico sobre el suicidio en las políticas de salud mental en el país?*
 - *¿Las investigaciones inciden de algún modo sobre las políticas de salud y, en este caso, en cuáles niveles y con qué resultados?*
 - *¿Las políticas de salud mental, determinan las características de los estudios?*

³ Que permita el respeto de las características culturales de los grupos poblacionales a intervenir.

El suicidio como caso de estudio

Con el fin de continuar la investigación comenzada con el estudio titulado “El suicidio en la juventud: Una mirada desde la teoría de las Representaciones Sociales (RS)”, que como trabajo de grado para optar al título de Magister en Psicología logró dar cuenta de cómo los dramas puntuales⁴ que constituyen la función generadora de las RS sobre el suicidio, no hacen referencia directa al concepto de “suicidio”, sino que se manifiestan como un híbrido producto de la mixtura informativa entre sentido común y conocimiento científico circulante (Ballesteros, 2010); y entendiendo que uno de los aportes de la formación y trabajo de grupos de investigación al país es la generación de conocimiento, el análisis de aquello que se produce sobre un tema tan complejo como el suicidio hace parte de la pertinencia de la investigación en un nivel de formación doctoral.

Según Bronfman (2000), pocos estudios describen la manera en que los propios investigadores y tomadores de decisiones, hablan acerca de ésta relación, a la vez que en los países en desarrollo han producido escasos estudios que den cuenta de la relación entre investigación y políticas públicas. Además, teniendo en cuenta la afirmación de Bronfman (2000) sobre que “...no existe una teorización sólida en el campo de las relaciones entre investigaciones y políticas, en especial en el área de la salud”; la presente investigación constituye una posibilidad de indagación, no sólo sobre los métodos y líneas temáticas implícitas en la producción científica sobre el suicidio en Colombia, sino la posibilidad de dar cuenta del rol que cumple éste conocimiento en el diseño de políticas de prevención del suicidio y promoción de la salud mental.

Se asume también como posibilidad de elaborar un panorama que dé cuenta de las perspectivas más relevantes en la generación de conocimiento, sus tendencias, métodos, instrumentos, conclusiones y recomendaciones; ya que las intencionalidades, preguntas y procedimientos de los investigadores, configuran acercamientos y miradas específicas sobre el suicidio en el país; al mismo tiempo que permite establecer en las políticas sobre salud mental, cuál es el rol de la producción científica sobre el tema del suicidio y su relación con la salud mental.

⁴ Esta categoría es entendida como las vivencias del entorno específico del joven, que se enmarcan en el mundo afectivo-relacional y que reflejan el efecto negativo de las micro-violencias relacionales. El drama es toda la exaltación de lo negativo de la vida expresado por la frase más utilizada por los jóvenes “estoy en la inmundia”

Figura 1-5. Evolución Global de la tasa de suicidio para hombres y mujeres 1950-2000.

Fuente. World Health Organization (WHO) en: www.who.int/entity/mental_health/en/

Teniendo en cuenta que tradicionalmente las prioridades en investigación en salud se han formulado en términos de enfermedades y tecnología biomédica, es importante señalar las razones que hacen del problema del suicidio, un problema prioritario de salud mental. Según datos de la OMS (ver Figura 1-6), el suicidio constituye un fenómeno que se encuentra entre las tres primeras causas de muerte violenta⁵, donde las tasas de suicidio entre jóvenes aumentan más rápidamente que entre otros grupos de edad y tres veces más hombres que mujeres se suicidan (WHO, The Global Burden of disease 2004: update, 2008).

De acuerdo al informe mundial sobre la violencia y la salud de la OPS (2003) se calculó que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, aproximadamente una cada 40 segundos, lo cual convierte el suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo, siendo más afectada la población masculina.

Figura 1-6. Distribución de las tasas de suicidio por genero y edad, 2000.

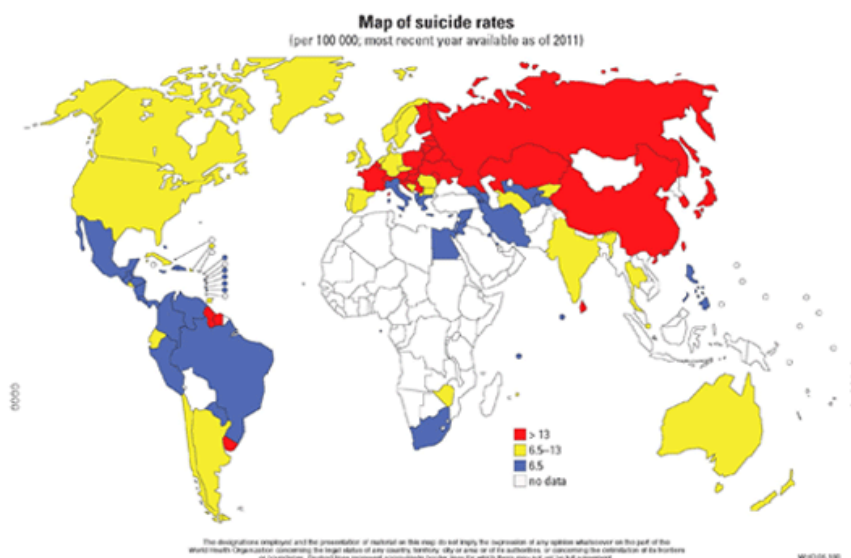
Fuente. World Health Organization (WHO) en: www.who.int/entity/mental_health/en/

⁵ En Medicina Forense se clasifican a las Muertes Violentas como Accidentales, Homicidas y Suicidas.

En algunos países, jóvenes bisexuales u homosexuales (tanto hombres como mujeres) constituyen un grupo de riesgo significativo de comportamiento suicida, pues algunos estudios han descubierto que entre un 20% y un 42% de juventud homosexual intenta suicidarse, y que casi todos los intentos ocurren entre los 15 y los 17 años, posiblemente debido a los síntomas depresivos secundarios y al estigma social que implican tales condiciones (Russell y Joyner, 2001).

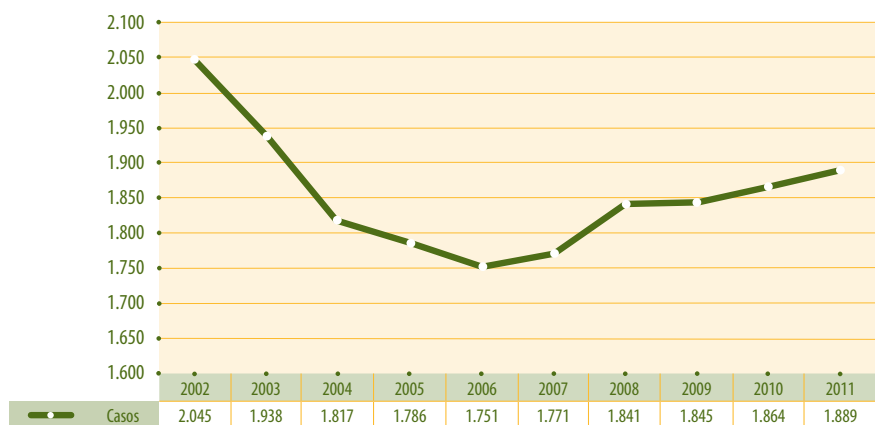
En el plano nacional, la tasa estimada en las Américas oscila entre el 2 y 6,5 por 100.000 habitantes (ver figura 1-7). En Colombia desde el año 1999 se presenta una ligera disminución, siendo la tasa más alta de 5,26 (en el año 1999), y la más baja de 4,03 (en los años 2006-2007). Sin embargo el número de casos ha mostrado un incremento desde el 2006 hasta la fecha (véase Figura 1-8).

Figura 1-7. Mapa de la tasa de suicidio a nivel mundial. Por 100.000 hab/año 2011.



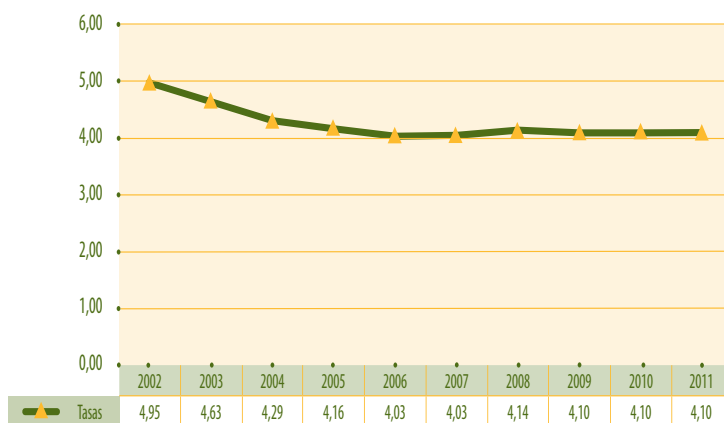
Fuente: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) (Macana, 2012), en el año 2011 se identificaron 1.889 necropsias médico-legales cuya causa de muerte fue suicidio. El análisis de los años de vida potencialmente perdidos de forma intencional en Colombia, llegó a los 66.114 años. De acuerdo al INMLCF (2012) se encontró que de las 1.889 personas muertas por suicidio, 366 (19,38%) eran mujeres y 1.523 (80,62%) eran hombres (relación 4:1) que habían decidido quitarse la vida por posibles problemas dentro de las relaciones de pareja o con su ex pareja, por desmotivación frente a circunstancias económicas o por la presencia de enfermedades tanto físicas como mentales. El mes que más impacto tuvo fue enero, el día de la semana con mayor número de casos fue el domingo; en relación con la hora, el máximo de casos se presentó entre las 12 de la noche, y las 2:59 am, siendo el sitio de preferencia el hogar.

Figura 1-8. Casos de suicidio. Colombia 2001 a 2011. Fuente: INMLCF, 2012.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas

La tasa por 100.000 habitantes para 2011 se situó en 4.1 (ver Figura 1-9), manteniendo una estabilidad con respecto a los años anteriores, pese a que el número de casos ha tenido un incremento plausible para las acciones que se deben tomar desde las políticas de salud pública.

Figura 1-9. Tasa de Suicidio. Colombia 2002-2012.

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas

En comparación con los datos registrados por la OMS en su documento *10 Datos sobre la salud Mental* (2010), las tasas más altas de suicidio se presentan en Europa del Este donde este fenómeno alcanza una tasa superior a los 13 casos por cada 100.000 habitantes y las más bajas entre el 2 y el 6,5 en América latina (ver Figura 1-7).

Tabla 1-1. Suicidio según grupos de edad y sexo, Colombia 2011.

| Rango de edad (años) | Hombres | | Mujeres | | Total | |
|----------------------|---------|-------|---------|------|-------|------|
| | Casos | Tasa | Casos | Tasa | Casos | Tasa |
| 05 a 9 | 3 | 0,14 | 1 | 0,05 | 4 | 0,09 |
| 10 a 14 | 32 | 1,43 | 20 | 0,93 | 52 | 1,18 |
| 15 a 17 | 78 | 5,72 | 59 | 4,55 | 137 | 5,15 |
| 18 a 19 | 79 | 8,84 | 29 | 3,42 | 108 | 6,20 |
| 20 a 24 | 246 | 11,73 | 68 | 3,38 | 314 | 7,64 |
| 25 a 29 | 206 | 11,32 | 44 | 2,37 | 250 | 6,80 |
| 30 a 34 | 147 | 9,07 | 23 | 1,35 | 170 | 5,11 |
| 35 a 39 | 123 | 8,61 | 18 | 1,18 | 141 | 4,77 |
| 40 a 44 | 125 | 8,93 | 22 | 1,44 | 147 | 5,03 |
| 45 a 49 | 109 | 8,17 | 26 | 1,79 | 135 | 4,84 |
| 50 a 54 | 97 | 8,59 | 20 | 1,61 | 117 | 4,93 |
| 55 a 59 | 90 | 10,01 | 10 | 1,01 | 100 | 5,29 |
| 60 a 64 | 57 | 8,15 | 9 | 1,16 | 66 | 4,48 |
| 65 a 69 | 38 | 7,43 | 6 | 1,04 | 44 | 4,04 |
| 70 a 74 | 41 | 10,75 | 3 | 0,66 | 44 | 5,25 |
| 75 a 79 | 17 | 6,28 | 4 | 1,16 | 21 | 3,41 |
| 80 y más | 33 | 12,82 | 4 | 1,13 | 37 | 6,04 |
| Sin información | 2 | - | - | - | 2 | - |
| Total | 1.523 | 6,70 | 366 | 1,57 | 1.889 | 4,10 |

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información Red de Desaparecidos y Caddveres / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas

En cuanto a diferencias de género, se encontró que las mujeres eligen primero intoxicarse, luego ahorcarse y por último dispararse con un arma de fuego; mientras los hombres eligen primero ahorcarse, luego dispararse y por último intoxicación (Macana, 2012). Como se ilustra en la Tabla 1-1, el grupo que reporta mayor número de casos es el de 20–34 años. Las tasas más altas se presentaron en los grupos de 20 a 24; 25 a 29 y más de 80 años, en concordancia con las cifras presentadas a nivel mundial los casos de suicidio se presentan principalmente en la población joven y activa (WHO W. H., World Health Organization: 10 Datos sobre la salud Mental, 2010).

Según las estadísticas del INMLCF desde la primera publicación del *Forensis Datos para la Vida*, las características de una persona que llega con muerte violenta por suicidio, son escolaridad básica primaria, perteneciente al grupo de campesinos, adictos consumidores de drogas, solteros, y en su mayoría, estudiantes, trabajadores forestales y agropecuarios, desempleados y encargados del hogar.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el rol de la producción científica sobre suicidio derivada de publicaciones nacionales e internacionales, en la elaboración de políticas públicas sobre salud mental en Colombia entre 1990 y 2010.

Objetivos Específicos

1. Explorar artículos sobre el suicidio publicados entre 1990-2010 en revistas nacionales clasificadas en categoría A y los derivados de la producción científica de grupos de investigación en Salud Mental reconocidos y categorizados por Colciencias.
2. Revisar artículos sobre estrategias de prevención y tratamiento de la conducta suicida publicados en idioma inglés y español entre 1990-2010 en revistas internacionales especializadas.
3. Sintetizar las políticas públicas y legislaciones sobre Salud Mental en Colombia producidas entre 1990-2010.
4. Identificar los actores clave en la elaboración de las políticas públicas de Salud Mental en Colombia producidas entre 1990-2010.
5. Interpretar desde la perspectiva de los actores el rol de la producción científica en la elaboración políticas públicas sobre Salud Mental producidos entre 1990 y 2010.

Marco conceptual

A continuación se definen los principales elementos teóricos para el abordaje del estudio.

La Salud Mental en el contexto de la Salud Pública

El término salud mental surge en Occidente a principios del siglo XX derivado de expresiones como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos). Es en Nueva York, dónde se crea el primero de varios Comités de Higiene Mental, hasta que en 1917 se funda la Junta Nacional de Higiene Mental. Al celebrarse en 1922 el *Congrès d' Hygiène Mentale*, en París, se configuró una tendencia hacia la comprensión de la salud mental desde una perspectiva que enfatizaba la prevención, y que posteriormente centró su objetivo en la promoción y el fomento de la salud mental. En el III Congreso Internacional de Salud Mental que se celebró en Londres en 1948, se sustituyó el término de Higiene Mental por el de Salud Mental y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH), encargada de continuar organizando los encuentros internacionales y coordinar la salud mental a nivel mundial a partir de 1948.

Sin embargo, al ser un campo plural e interdisciplinario ofrece diversas conceptualizaciones provenientes de abordajes diferentes que permiten la identificación de problemas como: a) la salud mental es un constructo que no tiene una definición directa, pues utiliza términos como "bienestar/malestar psíquico" "felicidad" o "satisfacción", que son igualmente abstractos o difíciles de operacionalizar. b) No se sabe a ciencia cierta si debe existir una concepción única de la salud o si hay que diferenciar entre salud física y salud mental. Muchos autores (Font, 1983; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Tizón, 1996; Ugalde y Lluch, 1991; Vázquez, 1990) defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general, sino que debe considerarse la salud como un concepto global, concibiendo la salud mental como un componente de la salud general (Ugalde y Lluch, 1991). c) Sánchez (1991) afirma que sería mucho más estratégico tratar la salud mental como una entidad independiente con el fin de trabajar de forma más diferenciada y reducir la preponderancia del modelo médico sobre el psicológico. No obstante, sólo se ha logrado priorizar los temas relacionados con la salud física sobre aquellos que tratan la salud mental. d) Es difícil establecer límites claros entre salud y enfermedad mental; e) otra dificultad importante que complica la definición del término salud mental es el concepto que cada cultura o sociedad tiene sobre la salud y la enfermedad mental, pues lo que en una cultura es considerado como normal y sano, en otro contexto puede ser tomado como anormal o patológico; f) la relación entre individuo y sociedad y la incidencia de esta interacción en la salud/enfermedad, fusionan el individuo y la sociedad de forma que no se diferencia cualitativamente la enfermedad individual de la enfermedad como fenómeno social.

A pesar de las diferentes perspectivas que se acaban de señalar, el término salud mental es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, dando así un cierto sentido al macro concepto de salud mental.

En Colombia, según Velosa Forero (2008) han sido la psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología quienes han definido los marcos teórico y práctico desde los cuales se han realizado los desarrollos recientes sobre la salud mental. A nivel nacional, documentos como la “Política Nacional de Salud Mental” de 1998 adoptada mediante Resolución 2348, y el documento propuesta “Política Nacional del Campo de la Salud Mental” de agosto de 2007, entre otros; han presentado definiciones sobre la salud mental en el país. Sin embargo, esta investigación hace referencia a la salud mental como un “campo”⁶ de la salud en el sentido de la sociología Bourdeana. La visión que se propone asumir para poder conceptualizar la salud mental, es coherente y se ubica en la corriente de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva⁷, las cuales proponen entender la salud-enfermedad como proceso de naturaleza social e histórica con expresión en el nexo biopsíquico humano e inmerso en los procesos de producción y reproducción social. Lo anterior, implica reconocer que el objeto de la salud mental ya no puede ser de modo exclusivo la enfermedad y el individuo o los grupos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad, lo cual requiere de una comprensión dialéctica de las relaciones de los sujetos con sus ambientes sociales.

La salud mental como campo, debe ser comprendida de una manera no dicotómica, priorizando una comprensión cultural e histórica de la salud y la enfermedad mental, que redirija la atención al contexto social, que rompa con la atribución del origen y la responsabilidad individual, considerando particularmente aspectos como la distribución desigual de bienes y de poder social. Su reevaluación no consiste únicamente en incorporar los factores sociales al diseño de la investigación científica, sino también en establecer fuertes vínculos con el mundo de la política teniendo en cuenta que la articulación de las acciones efectivas es compatible con el descubrimiento de las vías por las que el contexto y la posición social se relacionan con los resultados finales de salud y las consecuencias de la enfermedad.

Ahora bien, en lo que respecta a la noción de salud pública, según los lineamientos de la Política Nacional para la Gestión del Conocimiento en Salud Pública (Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2005) la noción de salud pública utilizada hoy, es el producto en permanente cambio de una construcción social polisémica compleja, como mínimo con tres significados diferentes que se refieren: 1) a una práctica social (las acciones de salud pública), 2) a una situación social (la salud de la gente) y 3) a un saber regulado (la disciplina de la salud pública).

Para Vicente Navarro (1998) la definición de lo que es salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica, sino también social y política, entendiendo como tales las

⁶ Campo en el mismo sentido planteado en el documento ‘Política de Campo de la Salud Mental (2007)’, el cual concibe la salud mental como un campo complejo en el cual tienen cabida la salud, la enfermedad, los problemas, las resistencias y acomodaciones; es decir, diversas formas de bienestar o malestar emocional y de relación de los ciudadanos.

⁷ Ambas surgidas en los 70’s como propuestas epistemológicas y políticas en debate con el pensamiento y la práctica hegemónicos en salud.

relaciones de poder dentro de la sociedad. Así, la concepción de salud, enfermedad y población ha ido cambiando y evolucionando históricamente respondiendo a los cambios en el contexto socio-político.

El concepto de salud pública, por otra parte, se define como una actividad gubernamental y social importante que es de naturaleza multidisciplinaria, siendo el universo de preocupación la salud del público y no la disciplina de la medicina (Milton Terris, 1992). Según Terris (1992):

“...es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y para rehabilitación, y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.”

Suicidio

Para efectos de este proyecto se entenderá el suicidio como el desenlace de un proceso progresivo con trasfondo individual, social, simbólico y práctico que llevará al intento y/o consumación del acto de darse muerte a sí mismo, constituyendo un fenómeno multidimensional y complejo. No obstante, es necesario diferenciar este concepto que se refiere exclusivamente al suicidio de lo que se entiende por intento de suicidio e ideación suicida, ya que el intento de acuerdo con Gómez (2002), se podría definir como una acción potencialmente autodestructiva, con un desenlace no fatal, en el cual existe evidencia, ya sea de forma explícita o implícita, de que el individuo atentó contra su vida; mientras que la ideación suicida hace referencia a la presencia de pensamientos relacionados con la intención de ocasionarse la propia muerte.

El suicidio es esencialmente operacionalizado como un evento agudo con lesiones autoinflingidas, siendo la actual causa de muerte. La representación del suicidio como problema de salud pública es relativamente nueva; desde la perspectiva de la salud pública, el suicidio y todas las muertes por lesiones, son predecibles y prevenibles en la población (Rockett, 1998). Sin embargo, la capacidad de predicción depende en su mayoría de la documentación de la mortalidad sus patrones y tendencias. La salud pública, como campo aplicado a la prevención de lesiones, busca la delimitación de grupos de riesgo, identificación de factores de riesgo, medición, evaluación e implementación de experiencias exitosas en la población incluidas medidas protectivas.

El Conocimiento Científico y la Investigación en Salud

Según Barnes (1982) el conocimiento científico es un recurso generado en conjunción con una forma de actividad, para auxiliarla, y quienes la practican aprenden en qué contexto y cómo utilizar ese recurso. Ellos deciden cuándo utilizar el conocimiento

del que disponen y cuándo sugerir su modificación (Barnes, Scientific knowledge and sociological theory, 1974).

Knorr-Cetina (1981) defiende la contextualidad productiva del conocimiento científico, donde los productos de la ciencia no serían otra cosa que construcciones que llevarían incorporada como seña de identidad, la contingencia de la situación y el conjunto de intereses que estuvieron implicados y sin los cuales no pueden ser entendidos.

Por ello, teniendo en cuenta que el foco de atención es evidentemente un producto científico, se recurre a la sociología de la ciencia para entender los aspectos más relevantes en el estudio del conocimiento científico. Según Ferreira (2007^a) con el inicio del “giro sociológico en la teoría de la ciencia” se considera que la actividad científica es una actividad constitutivamente social, de modo que si lo que se produce es producto de dicha actividad, lo social tiene consecuencias relevantes en la naturaleza del conocimiento producido.

Desde las premisas de la sociología del conocimiento a partir de la crítica kuhniana, son las comunidades científicas las que promueven, sancionan, validan y en su momento sustituyen los paradigmas científicos, que constituyen el sustrato de su visión del mundo y de su proceder en el intento de conocerlo. Los cambios de paradigmas son procesos revolucionarios que implican rupturas y discontinuidad en el proceso histórico de los avances científicos; es decir, cuando un paradigma científico ha sustituido a otro precedente, ello implica un cambio gestáltico en la concepción del mundo que los científicos aplican en su tarea de conocimiento (conceptos, herramientas técnicas y heurísticas, racionalizaciones etc.), todo el mapa conceptual y operativo que es fundamento de la práctica científica, dice Kuhn (2000), sufre una práctica revolucionaria.

Respecto a la definición de investigación, Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista (2010, p 4) definen la investigación como “*un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno*”, su objetivo final es producir aportes en tres aspectos fundamentales: crear conocimientos nuevos; facilitar la solución de problemas y favorecer el desarrollo tecnológico. En este sentido es a través de la investigación como se obtiene información relevante y fidedigna que permite comprender, verificar y/o corregir los conocimientos acerca de un evento y, como consecuencia, proporcionar opciones de aplicación para la posible solución de problemas concretos (OPS, Sistematización de las experiencias en desarrollo de políticas de investigación en salud pública de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y sistemas de salud, 2007).

Por otra parte, la interacción entre ciencia y políticas públicas ha sido formulada en términos de un recurso para “ayudar al gobierno a pensar” (Weiss, 1992), a raíz de la movilización de los recursos intelectuales y su participación en la racionalidad de las políticas públicas. Así, en la medida en que la ciencia aporta nuevas perspectivas a la arena política y cambia los supuestos que hasta entonces son tomados por evidencia, su influencia central radica principalmente en la transformación de la manera de pensar los problemas de salud.

West y Scott (2001) proponen, por ejemplo, diferenciar los análisis *del* proceso político de los análisis *para* el proceso político, y agrupan la investigación políticamente relevante en dos categorías: la *investigación académica* tradicional disciplinaria o conducida por investigadores y la *investigación aplicada*, dirigida a resolver los problemas prácticos de la política. Esta última adquiere cada vez mayor importancia y se divide a su vez en investigación dirigida a evaluar políticas ya establecidas e investigación dirigida a soportar el desarrollo de políticas.

La tabla 1-1 presenta diferentes modelos propuestos por Weiss (1979) y adaptado por Gómez et al. (2006), para describir la manera como la investigación es usada en la política o en la toma de decisiones. Estos pueden ser resumidos en tres grupos según su énfasis sin ser excluyentes entre sí: a) el contenido, b) su uso estratégico y c) el contexto de desarrollo.

Tabla 1-2. Relaciones entre investigación y políticas; modelos explicativos. Adaptado por Gómez et al 2006.

| <i>Contenido de la investigación</i> | <i>Uso que se da a las investigaciones</i> | <i>Contexto en que interactúan</i> |
|--|--|---|
| Modelo de conocimiento El <i>policymaking</i> es un proceso racional y los tomadores de decisiones usan racionalmente las investigaciones existentes cuando definen las políticas. | Modelo político Las investigaciones se usan para apoyar decisiones ya tomadas, más que para generarlas. | Modelo interactivo Investigadores y tomadores de decisiones interactúan de una manera compleja y dinámica, no siempre racional ni predecible. |
| Modelo de solución de problemas Los tomadores de decisiones sienten la necesidad de información para resolver sus problemas y por ello encargarán las investigaciones pertinentes. | Modelo táctico Los políticos utilizan las investigaciones para postergar discusiones y protegerse del debate mientras deliberan. | Modelo de la ilustración La información científica se va incorporando a la toma de decisiones, circulando a través de diferentes canales de comunicación públicos y privados. |
| Modelo de influencia intencional Los investigadores proponen sus investigaciones para modificar intencionalmente las políticas. | | Modelo de la empresa intelectual Tanto las investigaciones como las políticas son influidas por otras tendencias intelectuales que se les imponen desde el contexto. |

Si bien los modelos conceptuales de Weiss son útiles para resaltar la gama de usos posibles de la investigación en políticas, es muy poco lo que manifiestan acerca del proceso mismo del diseño y desarrollo de las políticas y sobre el tiempo como variable en un proceso de sensibilización y cambio. Por ello, según Walt (2006) las dimensiones analíticas de “contenido”, “actores”, “proceso” y “contexto” son relevantes para comprender las contribuciones específicas de la investigación en la formulación de políticas.

Contenido: la relevancia de la investigación para la formulación de políticas está influida por el contenido de cada investigación particular, haciendo relevantes dimensiones como novedad, complejidad, replicabilidad, inteligibilidad, relevancia percibida, calidad, beneficiarios.

Actores: se debe tomar en cuenta la multiplicidad de los actores involucrados, y saber de qué fuentes obtienen la información que consideran confiable, qué información les interesa, cómo la evalúan, qué los motiva a tomar cierto tipo de decisiones, y con quién interactúan, compiten y se alían.

Proceso: se debe incluir en esta dimensión el origen o fuente de la información (qué tipo, de quién y hacia quién se dirige y cómo participa en la toma de decisiones), cómo es evaluada, los canales y los momentos relevantes para la diseminación de información o de resultados.

Contexto: en relación con el Estado incluye centralización o descentralización, la manera cómo se estructuran las relaciones institucionales (poder ejecutivo y legislativo) estabilidad, forma de organización de los servicios de salud. En relación con la sociedad civil incluyen poder y prestigio de la comunidad científica, participación popular en políticas e involucramiento público en debates científicos. También se puede agregar el papel de los medios en la formación de la opinión pública y la presión a los políticos.

En relación con el *policymaking*, se han propuesto también diferentes modelos idealizados, que lo presentan como un proceso lineal, relativamente constante en el que los problemas y las decisiones se suceden en etapas diferenciables y con cierta regularidad. Kogan y Tuijnman en Hanney (2003) proponen una categorización de las políticas públicas bajo el criterio de evaluar la utilización del conocimiento generado en las investigaciones para la formulación de política:

Modelo Racional. El actor identifica el problema, recopila información, analiza alternativas y selecciona la mejor opción según sus objetivos.

Modelo Incrementalista. Sirve de referencia para proponer que en sucesivas y pequeñas etapas se avance, acomodándose (*muddling through*) a la situación para encontrar ya no la solución óptima, sino una solución.

Modelo de Redes de Política. Se refiere a los diferentes entramados de relaciones entre los grupos de interés y las organizaciones académicas y científicas.

Modelo *Garbage Can*. En donde en un determinado tiempo y espacio en el ámbito de la formulación de políticas, confluyen flujos de información, que esencialmente son abanicos de opciones, problemas, soluciones y la energía de sus participantes.

En consecuencia, se enfrentan dos procesos que no ocurren siempre de la misma forma y cuya interacción puede darse en diferentes momentos.

Respecto al rol del investigador y la evidencia científica en la política pública, un número de teorías han sido propuestas; sin embargo, Oxman et al (2009) señalan que una de estas estructuras teóricas se enfoca en vincular la investigación a la acción. Esta estructura provee un inventario de actividades que incluyen cuatro elementos: el clima general para el uso de la investigación, la producción de investigación y sintetización apropiada para los tomadores de decisión, la mezcla de esfuerzos para vincular la investigación a la acción y la evaluación de estos esfuerzos. Dentro de esta estructura los esfuerzos para vincular la investigación a la acción son categorizados en cuatro grupos de actividades a saber: push efforts cuando el investigador quiere transmitir los resultados obtenidos de investigación que puede incluir el diseño de mensajes de acuerdo a las necesidades del tomador de decisiones; efforts to facilitate user pull como una respuesta rápida para encontrar las necesidades del tomador de decisiones respecto

a la evidencia científica; user pull o los esfuerzos para facilitar el uso de la investigación como guiar a los tomadores de decisión para que accedan a los resultados de investigación; y exchange efforts asociación entre investigadores y tomadores de decisión en la cual aspectos relevantes son preguntados y respondidos.

Políticas Públicas y Política de Salud Mental

Según Roth Deubel (2004) no existe una definición universalmente aceptada de política pública, pero, puede afirmarse que son el resultado de interacciones múltiples con pocos o muchos actores sociales e institucionales en sus diferentes fases. La salud pública, como práctica social, se expresa en las políticas públicas. En la visión del profesor Roth (2004) el planteamiento de la política pública está constituido por las acciones gubernamentales frente a un problema o una controversia en particular, donde una definición general sugiere que las políticas públicas son el conjunto de decisiones acordadas entre el Estado y los diferentes grupos de interés con el fin de regular un tema específico en una sociedad en particular. Por lo tanto, el análisis de políticas es un “tema que se mueve entre el análisis científico y la acción política, entre las teorías y las prácticas políticas” (Roth Deubel, 2002).

Existen cuatro elementos esenciales en la definición de lo que es una política pública: la actuación del gobierno, la percepción de los problemas, la definición de los objetivos y los procesos (Roth, 2004). Según este autor una política pública “designa la existencia de un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”.

Según Gómez-Arias (2004) las políticas públicas se expresan de diferentes formas:

1. En las normas jurídicas: Constitución, leyes, acuerdos, decretos, resoluciones y actos administrativos de los entes gubernamentales.
2. En los esquemas técnicos de decisión: Planes, programas y proyectos.
3. En los contratos del Estado con los particulares para resolver problemas de interés público como transporte, educación, salud, comunicaciones y servicios públicos.
4. En las normas que la cultura incorpora como ruta de acción frente a un asunto de interés público.

De este modo, los textos jurídicos y la normatividad son el reflejo de lo que los políticos y sus consensos logran consolidar alrededor de la comprensión de un problema y su solución. Para este documento, las Políticas de Salud Mental se entienden como aquellas directrices emanadas del sistema político, que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para el colectivo y que directa o indirectamente afectan su salud, no sólo favorable sino desfavorablemente (WHO W. H., 2003).

Sin embargo, es absolutamente necesario comprender que las normas jurídicas están jerarquizadas según su mayor o menor grado de generalidad de manera que las normas superiores pueden modificar o derogar válidamente las normas inferiores. Según Sierra Porto (1998) las normas de mayor jerarquía en el ordenamiento territorial colombiano son:

La *Norma Constitucional* (Constitución) es la norma suprema dentro del ordenamiento expedida en Colombia por la Asamblea Nacional Constituyente de 1991. Define el procedimiento para crear la norma subordinada y tienen vocación de permanencia en el tiempo.

La *Ley* es dentro del ordenamiento jurídico la segunda en jerarquía. Es una norma general y abstracta (tiende a referirse a situaciones o circunstancias que abarquen el mayor número de personas) en su creación debe tener en cuenta la norma constitucional.

El *Reglamento* es una norma jurídica que busca concretar y detallar las leyes en su contenido para adaptarlas al medio económico, político y social que regula. El reglamento lo que busca es hacer viable la Ley.

Igualmente se encuentran los *Actos Administrativos* o normas tomadas por el Estado cuyas consecuencias son jurídicas:

- Ordenanzas
- Resoluciones
- Decretos
- Acuerdos
- Circulares

El rol del Conocimiento Científico

Rol es un término que proviene del francés *rôle* que significa la función o papel que cumple alguien o algo. La idea de rol del conocimiento científico puede considerarse siguiendo a Vaccarezza (2002) como el resultado de un proceso de interpretación de un conocimiento, sobre el que existe un interés de apropiación. Esta referido al papel que juega el conocimiento en cuestión (investigación), en las decisiones y acciones concretas, que en muchos casos son lineamientos gubernamentales, es decir, en políticas públicas, que logren generar cambios encaminados a mejorar la calidad de vida de la población.

Según Weiss (1992) teniendo en cuenta la diversidad de conocimientos y decisiones políticas, su interacción tiene que ser entendida en el contexto de ambos. De este modo, la utilidad puede comprenderse como la construcción de un significado. Es equivocado suponer que toda política de salud nueva o modificada demanda una investigación, pues con frecuencia hay suficientes elementos de juicio como para justificar una decisión determinada sin necesidad de realizar estudios nuevos, el problema consiste entonces en aprovechar la información (Phillips, 2001).

Ahora bien, la clave para comprender la relación entre la investigación y las políticas radica en cuatro dimensiones: su contenido, los actores que intervienen aportando resultados de investigación y la gestión de políticas, el proceso que genera la evidencia de los conocimientos así como las decisiones tomadas, y el contexto en que se realiza la interacción entre investigadores y decisores políticos (Walt, 2006); aunque a estos criterios es posible agregar un quinto: el impacto (Bronfman, 2000; Walt, 2006) , todo bajo el supuesto de que en relación con las políticas de salud, las evidencias de las investigaciones podrían mejorar la decisión de cuatro formas: advirtiéndolo sobre problemas que podrían ser prioritarios, guiando a los actores hacia mejores decisiones, reconceptualizando los problemas para facilitar su comprensión y movilizando apoyos hacia una determinada propuesta (Milio, 1993).

Diseño Metodológico

Según Gómez et al (2006) las políticas y las investigaciones son el producto de procesos diferentes, regidos también por principios teóricos y metodológicos que les son propios y con frecuencia contrarios. Ambos productos se cruzan inevitablemente en el punto donde las primeras deben resolver problemas concretos y las segundas se consideran competentes para orientar la decisión hacia mejores resultados. Este punto de encuentro entre la decisión y el conocimiento reviste especial importancia por cuanto cabe preguntarse si las investigaciones inciden de algún modo sobre las políticas de salud mental y, en este caso, en cuáles niveles y con qué resultados.

El presente estudio entiende la ciencia como un fenómeno social, y la actividad científica como una práctica íntimamente articulada con otras prácticas de la sociedad, que se encuentra condicionada por las estructuras económicas, sociales y políticas donde se inserta. Si se entiende la metodología de una investigación como *“una manera de pensar la realidad social y de estudiarla”* (Strauss y Corbin, Traducción U. Antioquia 2002), se supone fácil afirmar que acorde al tema y los objetivos de la investigación, la naturaleza del presente estudio es de tipo mixta (estudio multimétodo), es decir, cuantitativa y cualitativa dependiendo de los datos colectados y de su análisis.

El diseño es un estudio de caso retrospectivo, ya que permite comprender un determinado objeto o situación en profundidad. La posibilidad de utilizar múltiples fuentes de datos comparativamente, triangulando los hallazgos su la característica más marcada. La utilización de este método en el área de la salud se viene demostrando adecuada, ya que se trata de un campo multifacético, cuya comprensión requiere el reconocimiento de la subjetividad allí implicada. El estudio de caso como un camino para la construcción del conocimiento está basado en la idea de que, al analizarse con detalle una unidad de un grupo determinado, se pueden comprender sus características en profundidad. El estudio de caso es el examen detallado de un caso con características únicas, dentro de un contexto real, utilizando múltiples fuentes (Hewitt-Taylor, 2002).

En relación con el objetivo de investigación se trata de un estudio de caso intrínseco, ya que el interés no está en que el caso estudiado pueda representar otros o porque se ilustre un conjunto de particularidades, sino porque éste en sí es interesante (Stake, 1994).

De-limitaciones.

El trabajo se enmarca en unos límites temporales que van desde 1990 hasta el 2010. Se escogió la década de los 90 porque en esa época se produjeron una serie de cambios importantes en las políticas de salud en Colombia, los temas prioritarios, en los organismos rectores de las políticas, en el incremento exponencial de la producción académica que pronto fue recogida en las grandes bases de datos electrónicas.

Selección del Caso

El caso se encuentra constituido por las publicaciones científicas nacionales e internacionales sobre el tema del suicidio ubicadas a través de grupos de investigación

nacionales registrados en Colciencias, las bases de las revistas especializadas nacionales y extranjeras homologadas categorías A2 y A1⁸, en el periodo comprendido entre 1990 y 2010, y las políticas públicas relacionados con salud mental en Colombia .

Etapas propuestas para el desarrollo de la Investigación

Se propone desarrollar el estudio a través de tres etapas fundamentales:

Exploratoria: Correspondiente al acceso al escenario objeto de estudio; dirigida a la búsqueda de los grupos, investigadores, producción científica y documentos políticos tales como políticas, planes y programas de salud mental.

Descriptiva: Dirigida al registro y ordenamiento de los hallazgos, para lograr así una descripción lo más fiel posible.

Interpretativa: Orientada a organizar y representar los hechos conceptualmente a través de una nueva red de relaciones entre sus partes constituyentes.

Técnicas e instrumentos de Trabajo

Se propone el uso de la multimetodología como base para recopilar, describir y analizar. Asimismo, se propone establecer dos dimensiones de análisis en las cuales se ubican la producción científica y la política pública en relación a los instrumentos y técnicas que se utilizarán en este estudio.

Análisis Documental

Se llevará a cabo un análisis documental dividido en dos momentos (cuantitativo y cualitativo): El primero denominado bibliométrico por utilizar la técnica de análisis bibliométrico, se entiende como un compilado de técnicas y procedimientos para estudiar el comportamiento de la producción científica mediante la sistematización y análisis de diversos aspectos, teniendo en cuenta una metodología específica que se ocupa del análisis cuantitativo de determinadas variables presentes en un texto publicado (Pérez C et.al, 2003).

Los indicadores bibliométricos son de cuatro tipos: producción, circulación, consumo y repercusión (López-Piñero J.M. y Terrada M.L., 1992c). No obstante aquí sólo se consideraron los indicadores de producción que analizan la cantidad de publicaciones científicas producidas por una institución, un grupo de investigación, un autor, una revista, etc. Entre estos se encuentran:

- a. El índice de productividad de Lotka, que es el logaritmo decimal del número de publicaciones, pudiendo agrupar a los autores y grupos de investigación por su nivel, generalmente en tres niveles de productividad: pequeños productores, con un solo trabajo publicado y un índice igual a cero; medianos productores (de 2 a 9

⁸Esto teniendo en cuenta que existe un control de indización de revistas científicas regulado por COLCIENCIAS a través del Sistema Nacional de Indexación de Publicaciones científicas PUBLINDEX el cual las clasifica en cuatro categorías C, B, A2 y A1 de acuerdo con el cumplimiento de criterios de calidad científica y editorial, y según perfiles de estabilidad y visibilidad reconocidos internacionalmente por publicaciones científicas.

trabajos publicados), con índice de Lotka entre cero y uno; y grandes productores (diez o más trabajos publicados), con un índice de productividad igual o mayor que uno.

- b. El índice de cooperación o más conocido como número de firmas/trabajo o media de firmantes por cada trabajo. Existe una correlación positiva entre este índice y el de productividad de Lotka.
- c. El índice de referencias por artículo⁹. Su cálculo se efectúa mediante el cociente entre el número de referencias y el número de artículos publicados. Se suele hacer para períodos de tiempo, por ejemplo un año, un volumen, etc.
- d. Análisis de productividad por años.
- e. Revistas donde más se publica sobre el tema.

El segundo momento se denomina análisis documental ya que busca describir y representar los documentos acopiados de forma unificada y sistemática. Para el procesamiento analítico- sintético del corpus científico se utilizarán las siguientes categorías:

1. Descripción del documento: Autores, Lugar de trabajo de los autores, Título, Nombre de la revista, Volumen / número, Idioma de publicación.
2. Características del documento: estructura y presentación del texto, Resumen, relevancia percibida, calidad, beneficiarios.
3. Análisis de Contenido: Pregunta/hipótesis de investigación, justificación, objetivos, tipo de estudio, variables/categorías, paradigmas, Mensaje del documento o información que ofrece, la Metodología, los Instrumentos más utilizados, las tendencias a nivel de Conclusiones y el tipo de Financiamiento y vinculación institucional.

Para el análisis del corpus político también se utilizó un protocolo de análisis documental (ver Anexo 1) con el propósito de identificar el grado de consistencia entre la política y el corpus de investigación, permitiendo ver qué tanto citaron los hacedores de políticas las investigaciones en sus discursos durante estadios de formulación e implementación. El protocolo está basado en los métodos recomendados por WHO research utilisation Project (Hanney S, 2002).

Mapa de Actores

El objetivo de esta herramienta metodológica fue no sólo identificar quienes son los actores claves protagonistas de la producción científica y aquellos que han intervenido en las iniciativas políticas que consolidaron la política pública de salud mental, sino también servir de insumo base para la selección de los actores para llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas, e identificar y analizar sus intereses, su importancia e influencia sobre los resultados de una intervención. El “mapeo de actores”

⁹ En los estudios bibliométricos cabe distinguir entre cita, que es el reconocimiento que un documento recibe de otro, y referencia bibliográfica, que es el reconocimiento que un documento da a otro (Price, 1970).

es una metodología ampliamente extendida y vinculada con la teoría de redes sociales (ver Anexos 2 y 3).

El “mapeo de actores” descansa sobre el supuesto de que la realidad social se puede ver como si estuviera conformada por relaciones sociales donde participan actores sociales e instituciones sociales (Bucheli, 2007).

Entrevista Semiestructurada

La entrevista puede ser definida como un mecanismo de aproximación que permite profundizar nuestro conocimiento sobre un determinado proceso (Polit D & Hugler B, 2003). Esta entrevista semiestructurada o centrada, permite definir una lista de preguntas o guía temática (ver Anexo 4) susceptible de ser modificada y adaptada según los hallazgos del análisis documental. Las respuestas fueron registradas mediante grabación de audio, transcritas y posteriormente procesadas utilizando los niveles de análisis propios de la teoría fundamentada.

Población de Estudio

La población de estudio se encuentra conformada por el corpus documental y por los actores involucrados. El corpus comprendió los artículos publicados a nivel nacional e internacional sobre el suicidio entre 1990 y 2010, y las políticas sobre salud mental aprobadas entre 1990 y 2010.

Criterios de Inclusión:

- a. Artículos publicados en Revistas nacionales clasificadas como categoría A1 y A2 por Colciencias.
- b. Artículos científicos derivados de la producción de Grupos de investigación reconocidos y categorizados por Colciencias.
- c. Artículos internacionales sobre prevención del suicidio publicados en idioma inglés y español, ubicados a través de los descriptores Suicid*, Suicide/prevention and control OR suicide, Suicide/intervention OR prevention and control OR suicide AND manage OR treat, suicide AND (prevent*[tiab] OR health education OR health promotion OR public opinion OR primary health care OR psychotherapy OR schools OR mass media NOT case report* OR editorial* OR letter; y en las revistas especializadas en el periodo comprendido entre 1990 y 2010.
- d. Las políticas y legislaciones sobre salud mental producidas entre 1990 y 2010.

Criterios de Exclusión:

- a. Superar el periodo de tiempo comprendido entre 1990 y 2010.
- b. Que las publicaciones sean libros, memorias de congresos o presentaciones.

Por su parte la muestra de actores a entrevistar será de tipo propositiva o intencional definida durante el proceso de recolección y análisis de la información, teniendo en cuenta que este tipo de muestreo no pretende la generalización.

Criterios de Inclusión:

- a. Participación voluntaria
- b. Pertenecer a alguno de los grupos de interés a nivel académico, político o social.

Criterios de Exclusión:

- a. No ser parte de alguno de los grupos de interés a nivel académico, político o social.

Criterios de Cientificidad

Para garantizar la confiabilidad y validez del estudio, se tendrán en cuenta los siguientes parámetros:

Confiabilidad. La confiabilidad de los resultados de los estudios bibliométricos (parte cuantitativa) dependerá en gran medida de su correcta aplicación, realizada con conocimiento de sus ventajas, sus limitaciones y sus condiciones óptimas de aplicación. El máximo grado de confiabilidad de los estudios bibliométricos se obtiene cuando se analizan grandes unidades, como la producción de un país (macroanálisis) o un área científica a nivel nacional e internacional.

En lo cualitativo se proporciona por la TRIANGULACION de la información capturada.

1. La línea de tiempo y el mapeo de actores será registrado de la forma más fiel y confiable (Guba & Lincoln, 2000). Al mismo tiempo se tendrán en cuenta los criterios de: a) descripción en Profundidad y b) Saturación Teórica.

2. El mapeo de actores permitirá la ubicación y selección de los sujetos a participar en la entrevista, de manera que su número debe ser mínimo uno para cada uno de los grupos establecidos (ver Anexo 2)

3. La triangulación en busca de profundidad y significado (Flick, 1992): a) de las fuentes de información, b) de la comparación de los relatos de los diferentes actores, c) y finalmente de la triangulación de técnicas.

Validez Interna. Hace referencia a las consideraciones sobre la subjetividad humana (entrevista) y la concordancia entre hallazgos e interpretación (cuantitativa) (Guba & Lincoln, 2000).

Validez Externa. Únicamente transferibilidad por similitud contextual (Poupart, 1997).

La ética de la investigación

Este estudio se rige por el título II de la Resolución 08430 (1993) Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. De igual manera se considera sin riesgo según el artículo 11 de la misma resolución y en todos los casos que se requiera se contará con el consentimiento informado de los participantes (ver Anexo 5), al igual que con la garantía de la confidencialidad de la información de carácter privado y con la aprobación del presente proyecto por parte del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Todos los productos de esta investigación se amparan en la norma de propiedad intelectual como aparece en el Acuerdo 035 de 2003 (propiedad intelectual, Universidad Nacional de Colombia).

Capítulo 2. Qué nos dice la literatura sobre el suicidio

El capítulo 2 se divide en dos apartados a saber: el primero en el cual se describe el comportamiento de la producción científica colombiana sobre el tema del suicidio entre 1990-2010; y el segundo, que describe el comportamiento de la producción científica sobre estrategias de prevención a nivel internacional.

Comportamiento de la producción científica colombiana sobre el suicidio entre 1990-2010

La estrategia de investigación utilizada fue la de aproximación iterativa, llevando a cabo el rastreo de la producción científica a nivel nacional sobre el tema del suicidio mediante la identificación tanto de grupos de investigación registrados en GrupLac que tienen inscritas líneas y productos de investigación en temas relacionados con el suicidio, como de Revistas indexadas que han sido clasificadas por COLCIENCIAS en las categorías A (superior); lo anterior se logró a través del uso de la plataforma Scien TI (Plataforma para la gestión del Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación SNC y TI) Colombia 2010.

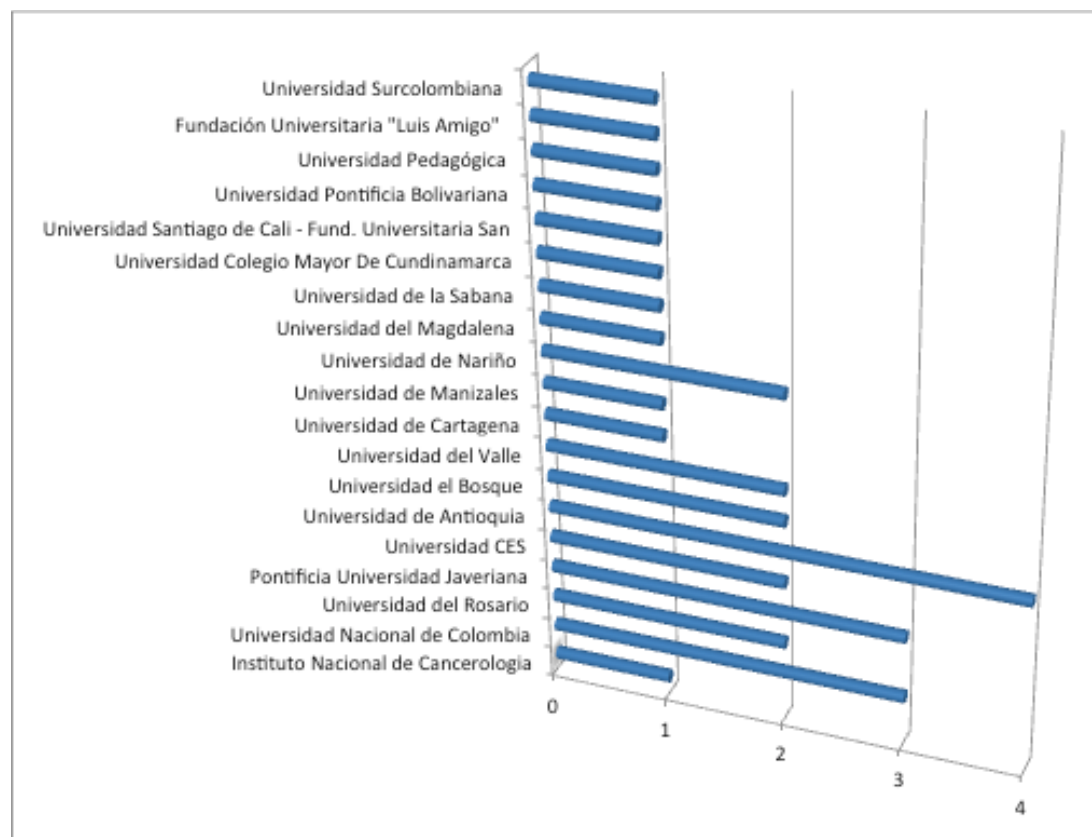
Como se indica en la Tabla 2-1 en total fueron identificados 31 grupos registrados en GrupLac que incluyen algún tipo de publicación sobre el tema del suicidio entre 1990-2010, clasificados así: De los 31 grupos, 8 están clasificados en la categoría A y 2 en A1, la ciudad que más grupos tiene clasificados en la categoría A es Bogotá; 10 grupos son categoría B, 8 son C y 3 son D. De los 10 grupos clasificados en la categoría A, el más antiguo fue creado en 1986. Teniendo en cuenta que como criterio de inclusión sólo se tendría en cuenta grupos y revistas categoría A Colciencias 2010, en los Anexos 6 y 7 se

Tabla 2-1. Distribución de los grupos con producción científica sobre el suicidio registrados en GrupLac y clasificados por Colciencias, año 2010

| Clasificación | Total |
|---------------|-------|
| A | 8 |
| A1 | 2 |
| B | 10 |
| C | 8 |
| D | 3 |
| Total | 31 |

incluye la distribución de los grupos categoría A y A1 (Anexo 6) y los grupos categoría B, C y D (Anexo 7) que reportan productos científicos sobre el tema del suicidio. Se observa que según el área de clasificación 10 grupos pertenecen al área de medicina, 10 a psicología, 8 a salud colectiva y que las áreas de enfermería, servicio social y odontología reportan cada una un grupo.

Figura 2-1. Distribución de los grupos con algún tipo de producción científica 1990-2010 según Institución a la cual pertenecen.



Fuente: Elaboración propia.

Según Institución de la cual hacen parte, en la Figura 2-1 se observa que la Institución con mayor número de grupos es la Universidad de Antioquia con 4, seguida de la Universidad Nacional de Colombia y la Pontificia Universidad Javeriana con 3.

Tabla 2-2. Distribución número de integrantes y artículos completos por grupo sobre el tema del suicidio producidos y publicados entre 1990-2010, grupos categoría A y A1 Colciencias año 2010.

| Grupo de Investigación | No. de Integrantes | No. de Artículos | Artículo |
|--|--------------------|------------------|---|
| Salud Pública y Epidemiología del Cáncer | 20 | 1 | Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002 Estados Unidos, Acta Neurológica Colombiana ISSN: 1020-4989, 2007 vol:22 fasc: 4 págs: 231 - 237 |
| Salud Colectiva | 44 | 1 | Análisis Psicológico de los protocolos de necropsia y cartas de los casos de suicidio ocurridos entre 1997 y 1999 en la ciudad de Bogotá. Colombia, Revista Científica De Unincca ISSN: 0122-6150, 2000 vol:6 fasc: 1 págs: 101 - 113 |
| Grupo de Investigacion en Salud Publica | 21 | 1 | Exploración de algunas relaciones entre suicidio, alcohol y otras sustancias psicoactivas, Bogotá 2000 Colombia, Boletín Epidemiológico Dell Instituto De Medicina Legal Y Ciencias Forenses ISSN: 0124-4140, 2001 vol:6 fasc: 10 págs: 37 - 40 |
| Salud y Calidad de Vida | 30 | 1 | The prevalence of suicidal behaviors in a group of HIV positive men. Gran Bretaña, Aids Care-Psychological And Socio-Medical Aspects Of Aids/Hiv ISSN: 0954-0121, 2006 vol:18 fasc: 6 págs: 574 - 576 |
| Salud Mental | 27 | 4 | Comportamiento del suicidio en Antioquia. 1998-2000 Colombia, |

| | | | |
|--|----|-----------|--|
| | | | <p>Ces Medicina ISSN: 0120-8705, 2002 vol:16 fasc: 3 págs: 7 - 17</p> <p>Características del suicidio en Medellín al final del siglo XX Colombia, Ces Medicina ISSN: 0120-8705, 2001 vol:15 fasc: 1 págs: 45 - 53</p> <p>Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003(ENSM)</p> <p>Colombia, Nova ISSN: 1794-2470, 2007 vol:5 fasc: 7 págs: 84 - 91</p> <p>Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys Colombia, Plos Medicine ISSN: 1549-1277, 2009 vol:6 fasc: págs: 100 - 123</p> |
| Grupo de Investigación en Psiquiatría GIPSI | 55 | 6 | <p>Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: A case-control study of psychological autopsy in a developing country Colombia, Archives Of Suicide Research ISSN: 1381-1118, 2007 vol:11 (3) fasc: págs: 297 - 308</p> <p>Validación del "inevntario de razones para vivir " (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2009 vol:38 fasc: 1 págs: 66 - 84</p> <p>Factores asociados a la letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2009 vol:38 fasc: 3 págs: 446 - 463</p> <p>Characteristics of People committing suicide in Medellín, Colombia Colombia, Revista De Salud Pública ISSN: 0124-0064, 2005 vol:7 fasc: págs: 243 - 253</p> <p>Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente Colombia, Revista Colombiana de Psiquiatría ISSN: 0, 2007 vol:XXXVI fasc: No 4 págs: 611 - 627</p> <p>Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. Colombia, Revista Colombiana Psiquiatría ISSN: 0, 2008 vol:37 fasc: No 1 págs: 11 - 28</p> |
| Políticas Sociales y Servicios de Salud | 27 | 1 | <p>Los suicidios en México. Características sexuales y geograficas. (1979 - 1993) México, Salud Mental ISSN: 0185-3325, 1996 vol:19 fasc: 4 págs: 14 - 21</p> |
| Observatorio de la Salud Pública | 73 | 2 | <p>Comportamiento del suicidio en Antioquia. 1998-2000 Colombia, Ces Medicina ISSN: 0120-8705, 2002 vol:16 fasc: 3 págs: 7 - 17</p> <p>Características del suicidio en Medellín al final del siglo XX Colombia, Ces Medicina ISSN: 0120-8705, 2001 vol:15 fasc: 1 págs: 45 - 53</p> |
| Perspectivas en ciclo vital, salud mental y psiquiatría | 27 | 4 | <p>Suicidio y lesiones auto infligidas. Colombia 1973-1996. Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2002 vol:xxx fasc: 2 págs: 123 - 136</p> <p>Factores Asociados Al Intento De Suicidio En La Población Colombiana Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2002 vol:31 fasc: 4 págs: -</p> <p>Frecuencia y fenomenología de lesiones auto-infligidas sin intencionalidad suicida en pacientes con trastornos de la alimentación Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2005 vol:XXIV fasc: págs: 343 - 354</p> <p>Pesticidas Como Metodo Suicida: Un Reporte De Caso Con Chlorfenapyr Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2008 vol:37 fasc: 2 págs: 272 - 279</p> |
| Departamento de Epidemiología Clínica y bioestadística | 42 | 2 | <p>Characteristics and associated factors for suicide attempt among Colombians: A population based study. Estados Unidos, Journal Of Clinical Epidemiology ISSN: 0895-4356, 1999 vol:52 fasc: supp1 págs: 13 - 13</p> <p>Suicidio y lesiones auto infligidas. Colombia 1973-1996. Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2002 vol:xxx fasc: 2 págs: 123 - 136</p> |
| TOTAL | | 23 | |

Fuente: Elaboración propia.

Como se muestra en la Tabla 2-2, los grupos clasificados en categoría A reportan un total de 23 artículos completos sobre el tema del suicidio (4 de los cuales se encuentran reportados en dos grupos de investigación categoría A) y 5 de los cuales únicamente se encuentran disponibles en versión física; el mayor número de artículos completos publicados es de 6, seguido de 4 ambos ubicados en universidades de Medellín. Ninguno de ellos corresponde al grupo que posee mayor número de integrantes.

Tabla 2-3. Distribución número de integrantes y artículos completos por grupo sobre el tema del suicidio producidos y publicados entre 1990-2010, grupos categoría B, C y D Colciencias año 2010.

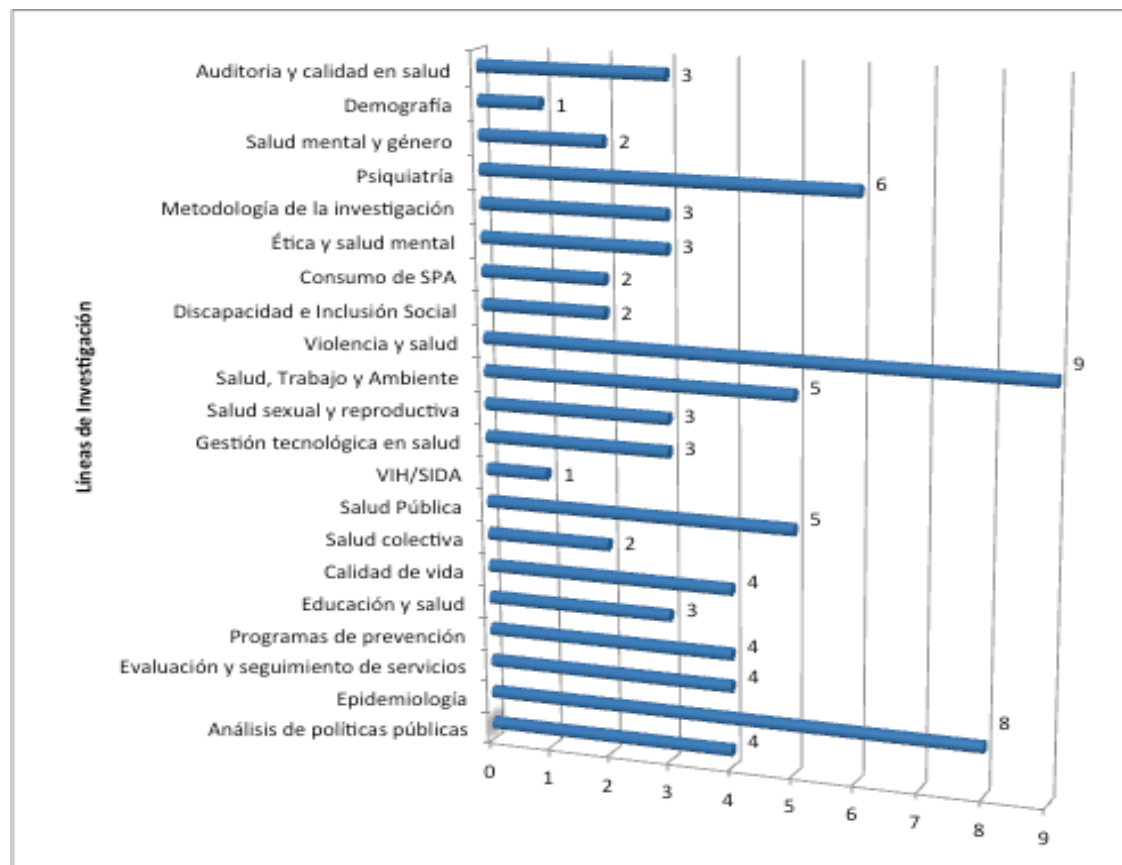
| Categoría | Grupo de Investigación | No. de Integrantes | No. de Artículos |
|--------------|---|--------------------|------------------|
| B | Salud mental, neurodesarrollo y calidad de vida | 21 | 1 |
| | Individuo, Familia y Sociedad | 6 | 2 |
| | Cisalva - Instituto de investigación y desarrollo en prevención de violencia y promoción de la convivencia social | 51 | 3 |
| | Grupo de Investigación Clínica en Psicología, Neuropsicología y Neuropsiquiatría | 32 | 1 |
| | Cuidado a la salud de los colectivos | 8 | 3 |
| | Psicología Clínica y Procesos de Salud | 35 | 2 |
| | Grupo de investigación en psicología cognitiva | 81 | 1 |
| | Salud Mental | 42 | 1 |
| | Psicología y Salud | 15 | 7 |
| | Estudio del suicidio y conductas de riesgo sexual | 23 | 8 |
| C | Psiquiatría y salud mental | 19 | 2 |
| | Nuevas Perspectivas en Salud Mental | 47 | 4 |
| | Grupo De Investigacion En Salud Publica - GISAP | 14 | 1 |
| | Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace | 16 | 1 |
| | Salud Pública | 26 | 1 |
| D | Grupo de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud | 19 | 1 |
| | Procesos y Métodos en Psicología Social y Psicología Jurídica | 46 | 2 |
| | Desarrollo social, Salud Publica y Derechos Humanos | 51 | 1 |
| TOTAL | | | 42 |

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2-3, los grupos clasificados en las categoría B, C y D reportan un total de 39 artículos completos sobre el tema del suicidio (ver Anexo 7 con información completa), 12 de los cuales únicamente se encuentran disponibles en versión física; el mayor número de artículos completos sobre el tema del suicidio publicados por grupo es de 8 correspondiente al grupo “*estudio del suicidio y conductas de riesgo sexual*” de la Universidad del Magdalena, seguido de 7 perteneciente al grupo “*Psicología y Salud*” de la Universidad de Nariño. Ninguno de ellos corresponde al grupo que posee mayor número de integrantes.

Respecto a las líneas de investigación, sólo en los 10 grupos categoría A existen en total 77 líneas de investigación que se agrupan en los siguientes temas señalados en la Figura 2-4: violencia y salud (12%), epidemiología (10%), psiquiatría (8 %), salud pública (6%) y análisis de políticas públicas (6%) entre otros (ver Figura 2-2).

Figura 2-2. Categorización de las Líneas de Investigación reportadas por los grupos de investigación categoría A, Colciencias 2010. Fuente: Autora



Fuente: Elaboración propia.

El perfil de los investigadores pertenecientes a los grupos categoría A que han publicado sobre el suicidio se resume caracterizando únicamente el perfil del autor principal y de aquellos autores secundarios que pertenezcan al grupo de investigación. El área de formación de los autores es principalmente Medicina (67%), 7 de los cuales cuentan con especialización en Psiquiatría, 3 en Epidemiología y 2 en Psicoanálisis, el 67% cuenta con formación de maestría y el 50% con Doctorado en epidemiología. En el 80% de los casos, es el autor principal el único que pertenece al grupo de investigación; dos de los autores identificados lideran y/o pertenecen a dos grupos de investigación de la misma institución.

Por otra parte, fue posible ubicar un total de 15 revistas nacionales categoría A, con 46 artículos completos sobre el tema del suicidio publicados entre 1990-2010; se realizó la búsqueda de los artículos localizados en cada una de las revistas encontradas, con el fin de tener una copia del mismo, de incluir la información en el formato de registro, de ampliar la información y realizar la base de datos correspondiente.

Análisis de la producción científica Nacional sobre el suicidio

La sistematización y el análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el programa Excel 2010. Para conseguir un adecuado control de la calidad de la información se realizó una doble entrada de datos, corrigiendo con los originales los errores detectados. El procesamiento analítico-sintético del corpus científico se llevó a cabo utilizando las siguientes categorías definidas en el diseño metodológico:

1. **Descripción del documento:** Autores, Lugar de trabajo de los autores, Título, Nombre de la revista, Volumen / número, Idioma de publicación.
2. **Análisis de Contenido:** Pregunta/hipótesis de investigación, objetivos, tipo de estudio, variables/categorías, áreas temáticas, la Metodología, los Instrumentos más utilizados, las tendencias a nivel de Conclusiones y el tipo de Financiamiento y vinculación institucional.

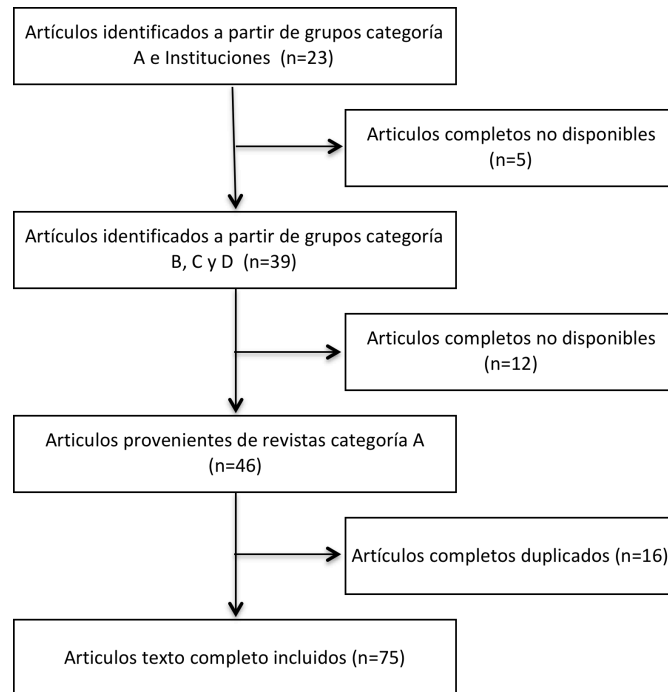
Los indicadores calculados a partir de los datos anteriormente mencionados fueron los siguientes:

1. El índice de productividad.
2. El índice de cooperación.
3. El índice de referencias por artículo¹⁰
4. Análisis de productividad por años.
5. Revistas donde más se publica sobre el tema.

Se analizaron exclusivamente los artículos completos sobre suicidio disponibles en versión digital en las diferentes revistas colombianas categoría A y aquellos producidos por los 31 grupos de investigación previamente identificados que se encuentran publicados en otras revistas en el periodo comprendido entre enero del año 1990 y diciembre del año 2010. Se excluyeron los artículos editoriales, cartas al director, las reseñas bibliográficas y las notas informativas y aquellos duplicados.

¹⁰ En los estudios bibliométricos cabe distinguir entre cita, que es el reconocimiento que un documento recibe de otro, y referencia bibliográfica, que es el reconocimiento que un documento da a otro (Price, 1970).

Figura 2-3. Proceso de recopilación de la producción nacional sobre el suicidio 1990-2010.

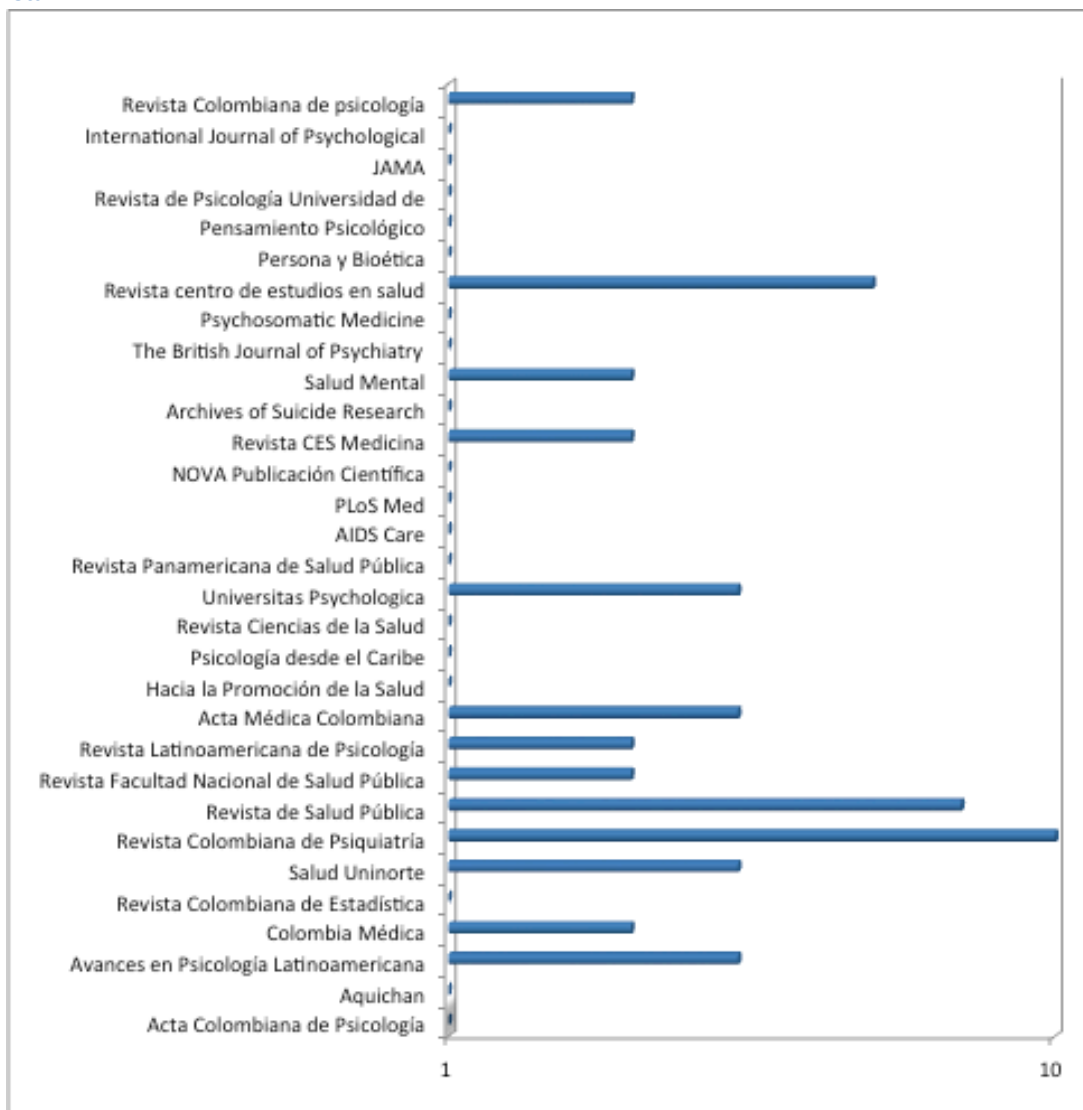


Fuente: Elaboración propia.

Análisis Bibliométrico

Entre enero de 1990 y diciembre de 2010, se publicaron 108 artículos originales sobre el tema del suicidio, de los cuales 16 se encontraban duplicados y 17 no se estaban disponibles en versión electrónica, dejando un total de 75 artículos de texto completo que conforman el universo de análisis a nivel nacional (ver Figura 2-3), caracterizados por su interés de tipo epidemiológico centrado en temas de caracterización e identificación de factores de riesgo en diferentes segmentos poblacionales.

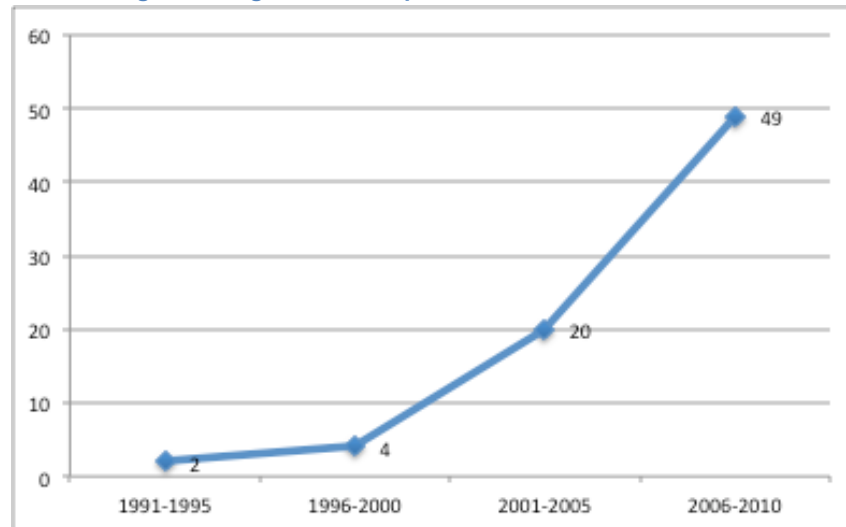
Figura 2-4. Distribución de productos de la producción nacional sobre el suicidio 1990-2010 según revista.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 2-4 se observa que de 31 revistas localizadas, la Revista Colombiana de Psiquiatría (28%) y la Revista de Salud Pública (9,3%) son las revistas con mayor número de publicaciones sobre el tema del suicidio. Otro aspecto relevante es que el 11,7% de artículos publicados es en revistas internacionales, lo cual revela la presencia de trabajos nacionales publicados en inglés en el extranjero. Se destaca la Revista Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño con 6,7%. La mayoría publican en las revistas de su universidad. Quienes publican en revistas internacionales están vinculados con proyectos internacionales que lideran universidades extranjeras o la OMS.

Figura 2-5. Distribución de registros según fecha de publicación de los artículos. Fuente: Autor



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 2-5 se observa que durante la década de los 90 no existen muchas publicaciones sobre el tema del suicidio (6); sin embargo después del año 2001 se multiplica la producción sobre el tema (20). El número de artículos originales publicados por año es variable y oscila entre un máximo de 34 entre los años 2008 y 2010 y un mínimo de 1 entre el año 1996 y 1998 siendo la media de 3,6. Cabe destacar que lo que determina este comportamiento, en el caso colombiano, es la Política de salud mental de 1998, el financiamiento de proyectos de investigación sobre el tema de salud mental y la Política de Campo de la salud mental del 2007, siendo esta última la que impulsa el estudio del tema como prioridad en el campo de la salud mental.

El 79% de los autores trabajan en alguna universidad o institución colombiana y el 13% en instituciones latinoamericanas. Llama la atención el aporte de autores de Estados Unidos de América, España y Francia (7%). En Colombia se destaca un núcleo institucional conformado por la Universidad de Antioquia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad Nacional de Colombia que cuenta con docentes y grupos de investigación con mayor nivel de desarrollo y tradición en el área de epidemiología y además imparten programas de maestría y doctorado relacionados con el tema de la salud mental. Se destacan también la Universidad de Nariño, la de Manizales y la Universidad del Norte por su aporte al tema del suicidio en Colombia. Entre estas universidades se distribuye el 75% de las publicaciones sobre el tema del suicidio en el país. El idioma de publicación es el español en el 89% de los artículos, el 10% corresponde a publicaciones en inglés en revistas extranjeras o como parte de estudios multicéntricos y el 1% restante a publicaciones en portugués.

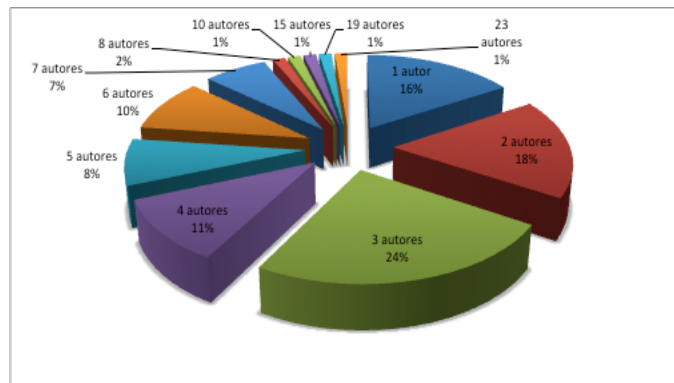
Tabla 2-4. Categorías emergentes de la clasificación de la producción científica 1990-2010 según temática.

| Categoría | Subcategoría | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|---|-------------------|-------------------|
| Factores protectores | Factores protectores | 5 | 6,7% |
| Factores de Riesgo | violencia | 1 | 1,3% |
| | SPA | 1 | 1,3% |
| | VIH | 3 | 4,0% |
| | Género | 2 | 2,7% |
| | Edad | 4 | 5,3% |
| | Cárcel | 2 | 2,7% |
| | Psicosociales y económicos | 1 | 1,3% |
| | ideación | 2 | 2,7% |
| | intento | 7 | 9,3% |
| | suicidio consumado | 12 | 16,0% |
| | Trastorno Mental | 10 | 13,3% |
| Características | Características de los suicidios en niños | 1 | 1,3% |
| | Características de los suicidios consumados | 11 | 14,7% |
| | Características intento suicida en niños | 3 | 4,0% |
| | Métodos de suicidio | 1 | 1,3% |
| Otros | Medición estadística | 4 | 5,3% |
| | Ética | 2 | 2,7% |
| | Significado del suicidio | 3 | 4,0% |

Fuente: Elaboración propia.

Para el análisis del comportamiento temático de los artículos se observa que ninguno versa sobre programas de prevención o sobre algún tipo de intervención como podría creerse, sobre todo si se considera la demanda de este tipo de investigaciones por parte del Ministerio de Protección Social y de las diversas Secretarías de Salud de los Departamentos.

Pese a que la diversidad temática identificada fue muy amplia, en la Tabla 2-4 se resume las categorías temáticas agrupadas en cuatro: Factores protectores, factores de riesgo, características y otros. Se aprecia como la categoría temática más representativa es la relativa a los factores de riesgo (58%) y las características sobre ideación, intento y suicidio (26%) los temas principales sobre los que se publica. Un desglose de la categoría factores de riesgo en sus principales variantes indica que los más estudiados son los trastornos mentales (13,3%), especialmente la depresión, ansiedad, los trastornos de conducta alimentaria y los trastornos de personalidad entre otros. Este marcado interés de los autores por la identificación de factores de riesgo y caracterización de los suicidios, parece estar relacionado con el hecho de que mucha de esta producción científica, la generan en su mayoría, médicos psiquiatras y epidemiólogos vinculados a grupos asistenciales de medicina y salud pública.

Figura 2-6. Distribución de documentos según la cantidad de autores firmantes.

Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 2-6, se observa que la distribución de documentos con autoría múltiple tiene un comportamiento particular, pues la proporción de artículos firmados por dos y tres autores es de 42% respectivamente, con cuatro 11% y con seis del 10%; lo cual expresado de otra forma significa que el 84% de los artículos corresponden a documentos con autoría múltiple. El anterior comportamiento condiciona que el Índice de coautoría/índice de cooperación de los documentos sea de 4,5 autores firmantes por documento en los 75 artículos revisados.

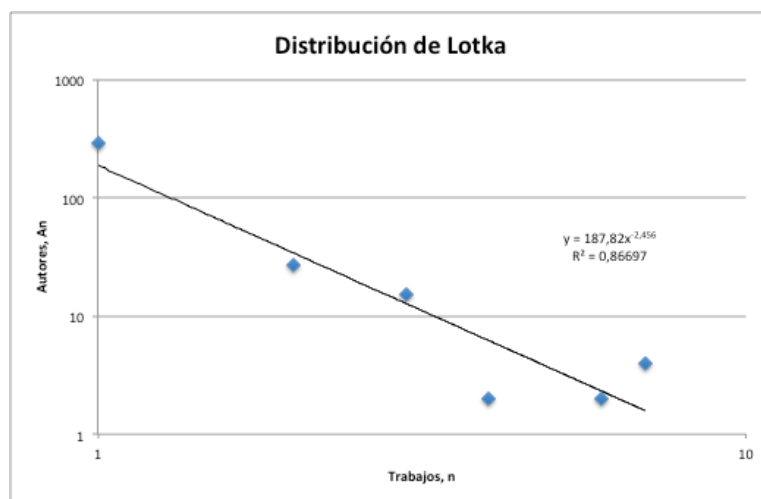
Tabla 2-5. Distribución de autores según nivel de productividad científica.

| Nivel productividad | No. de trabajos | Autores | |
|----------------------|-----------------|---------|-------|
| | | n | % |
| Grandes productores | 10 o más | 0 | 0% |
| Medianos productores | 2 a 9 | 50 | 14,9% |
| Pequeños productores | 1 | 285 | 85.1% |
| Total | | 335 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 2-5 relaciona los niveles de productividad o índices de productividad, donde aparecen 285 (85.1%) autores con productividad baja y 50 (14.9%) autores con productividad media (entre 2 y 9 trabajos). Ninguno de los autores identificados se ubica en la categoría grandes productores sobre el tema del suicidio en el periodo comprendido entre 1990 y 2010. El total de autores contabilizados en los 75 artículos fue de 335.

Figura 2-7. Distribución de la productividad de autores según el Modelo de Lotka.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 2-7 puede apreciarse el resultado de la aplicación de la Ley de Lotka a la productividad de los autores. La curva resultante indica un valor de R^2 cercano a 1, concretamente 0,86697. El valor obtenido cercano a 1 corrobora una fuerte presencia de documentos escritos por un promedio de 4 autores y muy bajos niveles de documentos escritos por un solo autor, lo cual puede interpretarse como un claro indicador de los altos niveles de colaboración presentes en el estudio del tema del suicidio en Colombia.

Tabla 2-6. Resumen de indicadores de producción científica sobre el tema del suicidio 1990-2010.

| | |
|--|--|
| El índice de productividad | 0,86 |
| El índice de cooperación | 4,5 |
| El índice de referencias por artículo | 35,0 |
| Análisis de productividad por años | 3.75 |
| Revistas donde más se publica sobre el tema. | Revista Colombiana de psiquiatría |

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la colaboración científica de los investigadores nacionales sobre el tema del suicidio, se evidencia la participación de un 5% de ellos en estudios desarrollados en múltiples países y un promedio general de referencias por artículo de 35,0.

Análisis cualitativo de la literatura

Se realizó el análisis de 75 artículos sobre suicidio publicados durante los años 1990 a 2010, con el fin de establecer las características, las áreas temáticas, la metodología, los instrumentos, conclusiones, financiamiento y sus implicaciones en la construcción de conocimiento en el área. Para el análisis cualitativo de los documentos recopilados se utilizaron las siguientes categorías previamente definidas en el marco metodológico (ver Tabla 2-7):

Tabla 2-7. Categorías de análisis de la información

| Categoría | Descripción |
|------------------------------|---|
| <i>Tipo de Investigación</i> | estudios de medición (medición/clasificación del riesgo de suicidio; otros estudios de medición); estudios epidemiológicos (tasas; factores de riesgo; factores protectores; otros estudios epidemiológicos); estudios de intervención (intervenciones generales aspectos y métodos; guías de práctica; eficacia de intervenciones universales; eficacia de intervenciones selectivas; eficacia de intervenciones indicadas; otros estudios de intervención); evaluación de políticas/programas/servicios (evaluación de políticas; evaluación de programas; servicios de evaluación); investigación biológica (neurobiología; genética); investigación cualitativa/ en ciencias sociales (sociología; historia; literatura; comunicación social; otras ciencias sociales). |
| <i>Conducta suicida</i> | suicidio consumado; intento suicida; ideación suicida |
| <i>Métodos de suicidio</i> | envenenamiento; ahorcamiento; arma de fuego; ahogamiento; salto al vacío; otro |
| <i>Grupo poblacional</i> | <i>niños (8-14 años); jóvenes (14-25 años); adultos (25-64 años);</i> ancianos (65 años en adelante); indígenas; personas pertenecientes a áreas rurales; personas sobrevivientes del suicidio; comunidad LGTB (gay, lesbianas, bisexuales, transgeneristas); personas con enfermedad mental, personas con problemas físicos, personas con abuso de sustancias, personas con intento suicida, reclusos, hombres, mujeres, personal de las fuerzas armadas, otros. |

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a la revisión de los objetivos en cada artículo, fue posible identificar que el 76% de los estudios plantearon objetivos relacionados con la identificación tanto de los factores de riesgo para la conducta suicida, como de la prevalencia del fenómeno en diversos grupos poblacionales (niños, jóvenes, adultos y ancianos 33%), describir las características sociodemográficas y clínicas de casos de comportamiento suicida que incluye estudios sobre ideación, intento y suicidio consumando (28%) y determinar la prevalencia y los comportamientos de riesgo para la conducta suicida en diferentes grupos poblacionales (15%) (ver Tabla 2-8).

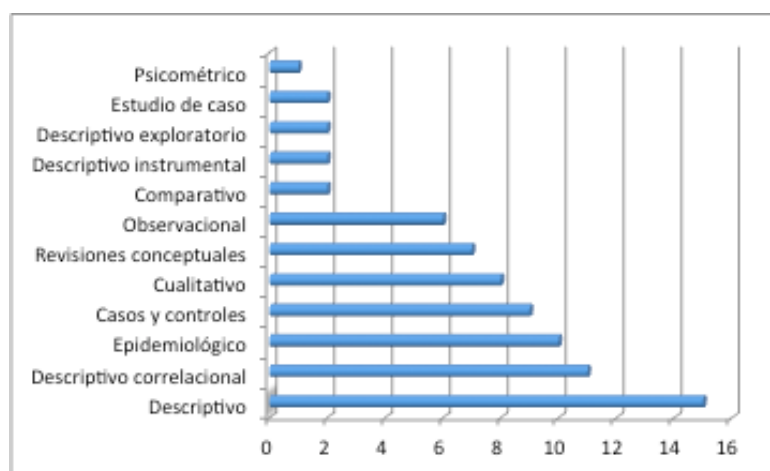
Tabla 2-8. Categorías emergentes de los objetivos de la producción científica a nivel nacional sobre el suicidio 1990-2010.

| Categoría | Frecuencia | % |
|---|-------------------|----------|
| Evaluar la relación entre factores de riesgo y comportamiento suicida en diferentes grupos poblacionales | 26 | 33% |
| Describir las características sociodemográficas y clínicas de casos de comportamiento suicida | 22 | 28% |
| Determinar la prevalencia y los comportamientos de riesgo para la conducta suicida en diferentes grupos poblacionales | 12 | 15% |
| Analizar la literatura existente sobre conducta suicida, su prevalencia y factores de riesgo | 6 | 8% |
| Evaluar la estructura factorial, validez y confiabilidad de un instrumento | 3 | 4% |
| Analizar la conducta suicida a la luz de otro concepto (ética), mitos | 3 | 4% |
| Significar el fenómeno y demostrar la pertinencia de la aplicación de un modelo en la prevención del suicidio | 3 | 4% |
| Revisar el papel de los factores protectores en la conducta suicida | 2 | 2,5% |
| Determinar diferencias entre los comportamientos suicidas de dos grupos poblacionales | 2 | 2,5% |

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al reporte del diseño, el 90% de los artículos explicitó el tipo de estudio realizado, por lo que en el 10% restante se dedujo a partir de la información mostrada en el método. Haciendo la clasificación de acuerdo a las categorías previstas, se encontró la distribución que se muestra en la Figura 2-8, en donde se puede resaltar la predominancia de estudios de carácter descriptivo (20%), descriptivo-correlacional (14,7%), epidemiológico (prevalencia 10%), casos y controles (9%).

Figura 2-8. Categorías emergentes sobre el tipo de diseño de la producción científica a nivel nacional sobre el suicidio 1990-2010.



Fuente: Elaboración propia.

Existe un predominio de los estudios descriptivos, mientras que los estudios de evaluación de programas y los de corte cualitativo son los menos utilizados (8%). Dentro de las explicaciones propuestas para estos hallazgos, es posible señalar que al ser el principal interés de los autores identificar factores de riesgo y caracterizar las conductas suicidas en diferentes grupos poblacionales, son los estudios de tipo descriptivos los más adecuados para el logro de dicho objetivo.

Las variables estudiadas se reportan explícitamente en 53 de 75 estudios; en el 100% de los casos la variable dependiente correspondió a la conducta suicida en alguna de sus manifestaciones (ideación, intento o suicidio consumado). Las variables independientes más utilizadas pueden agruparse así:

Variables demográficas: dentro de las cuales se incluye datos de identificación general, sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación.

Variables clínicas: dentro de las cuales se agrupan todas aquellas variables que se relacionan con antecedentes de conducta suicida y enfermedad mental (historia médica, número de intentos previos, antecedentes familiares de suicidio y de intento de suicidio en la familia, eventos vitales en el mes anterior y diagnóstico psiquiátrico, alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas)

Características de la conducta suicida: ideación suicida, intento de suicidio, suicidio/manera de muerte, método y características de intentos suicidas previos.

Variables psicosociales: aspectos socioeconómicos, apoyo familiar y comportamientos de riesgo.

Condiciones físicas: nutrición y control del peso, actividad física, manejo del estrés, sexualidad y enfermedades de transmisión sexual.

Respecto a los instrumentos utilizados en los estudios, el 14% utiliza la entrevista semiestructurada, el 7% la autopsia psicológica, 6% la historia clínica, 5% cuestionario, 4% encuesta, 3% entrevista en profundidad, grupos focales y entrevista CIDI (3%). En la tabla 2-8 se relaciona la lista de instrumentos utilizados en las investigaciones sobre suicidio en Colombia.

Tabla 2-9. Instrumentos utilizados en los estudios sobre suicidio Colombia 1990-2010.

| |
|--|
| Escala de Desesperanza de Beck |
| Inventario de Depresión de Beck IDB |
| Inventario de razones para vivir (RFL) |
| Escala de ideación suicida SSI |
| Cedula de Indicadores Parasuicidas (CIP) |
| Escala de Riesgo Suicida de Plutchick |
| PANSI |
| Escala de Zung |
| Test de Sentido de la vida (PIL) |
| Inventario de Estilos de Personalidad de Millón (MIPS) |
| Test de Rorschach |
| Cuestionario de Autoeficacia (CAE) |
| MMPI |
| Apgar Familiar |
| Child Behavior Checklists (CBCL) |
| Questionário de Identificação dos Comportamentos dos Estudantes (QICE) |
| Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) |
| Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) |
| Escala SADS PERSON |
| Youth Risk Behavior Survey |

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios revisados.

La tabla 2-9 relaciona los instrumentos utilizados en los 75 estudios, siendo la Escala de desesperanza de Beck, el inventario de depresión de Beck IDB y el inventario de razones para vivir RFL los más frecuentemente utilizados.

Financiamiento

Del total de 75 estudios, tan sólo 19 reportan haber recibido financiamiento. Las principales instituciones financiadoras son universidades, siendo la Universidad Nacional de Colombia con un total de 4 estudios la principal, le siguen la Universidad de Antioquia con 2, la Universidad del Norte, la Universidad Javeriana y la Universidad de Nariño con uno. También se reporta financiamiento proveniente de Colciencias en 5 investigaciones en modalidad co-financiación, del Instituto de Medicina Legal en 3 estudios, de la Facultad Nacional de Salud Pública, la Dirección seccional de Salud de Antioquia y el Ministerio de la Protección. Respecto a los estudios multicéntricos, estos reportan financiamiento por parte de las organizaciones relacionadas en la Tabla 2-10.

Tabla 2-10. Financiadores en estudios multicéntricos sobre el suicidio 1990-2010

| |
|---|
| the United States National Institute of Mental Health |
| Centers for Disease Control and Prevention |
| the John D. and Catherine T. |
| MacArthur Foundation |
| the Pfizer Foundation |
| the US Public Health Service |
| the Fogarty International |
| the Pan American Health Organization |
| Eli Lilly and Company |
| Ortho-McNeil Pharmaceutical |
| GlaxoSmithKline |
| Bristol-Myers Squibb |

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de tendencias

El contenido temático se organizó en tendencias de acuerdo al grupo poblacional teniendo en cuenta las categorías temáticas factores protectores, factores de riesgo y características de la conducta suicida relacionadas ya en la Tabla 2-6. Así, se empieza el análisis por la caracterización de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio consumado) en los diferentes grupos poblacionales establecidos en la tabla 2-7. Posteriormente se ubican las tendencias relacionadas con la identificación de factores de riesgo y factores protectores en diferentes grupos poblacionales, con los medios de evaluación e identificación de conductas suicidas y con las discusiones sobre el tema.

Características del suicidio consumado

Según Vásquez y Gómez (1993) el suicidio se incrementó en el grupo de las mujeres menores de 20 años, que es el que más lo intenta. Gómez-Restrepo et al (2002) afirman que entre las variables sociodemográficas estudiadas para el lapso 1973-1996 se encontró que la mayor proporción de muertes causadas por suicidio se presentó dentro del grupo de 15 a 24 años para las mujeres, y mayores de 60 años, para los hombres.

Sánchez, Tejada Neira y Guzmán Sabogal (2008) sugieren que la frecuencia de suicidios entre hombres y mujeres tiende a igualarse. En relación con los intentos de suicidio, fenómeno de alta prevalencia en nuestro país, la mayor frecuencia en mujeres podría relacionarse con depresión, maltrato, abuso sexual infantil y violencia intrafamiliar.

En cuanto a la edad de los suicidas, Sánchez, Guzmán y Orejarena (2002) afirman que la edad de los suicidas tiene un comportamiento bimodal, correspondiente a dos grupos poblacionales, uno con media de 21.3 años y otro con media de 43.5 años; sin embargo, a diferencia de los informes de la literatura, los grupos de mediana edad en Bogotá presentan mayor riesgo que el grupo de ancianos.

Según De la Espriella (2010) el método de suicidio más utilizado es la muerte con arma de fuego y el ahorcamiento. Respecto al sexo, Palacio-Acosta et al (2005) y González et al (2010) identificaron diferencias significativas independientes del sexo, estando la manera de muerte con arma de fuego, vivir solo y suicidio bajo efectos del alcohol asociada con el sexo masculino; mientras, el suicidio en casa y dejar una nota previa se asociaron con el sexo femenino.

Características del intento de suicidio en Colombia

El intento de suicidio en Colombia tiene una prevalencia similar a la de otros países, la población con mayor riesgo tiene entre 16 y 21 años, presenta depresión o ansiedad, consulta al médico por 'nervios', es objeto de abuso verbal (particularmente en las mujeres) o tiene diferentes valores morales a los de su familia (Gómez-Restrepo et al, 2002). Castro-Rueda, Rangel Martínez-Villalba, Camacho y Rueda-Jaimes (2010) encontraron como factores de riesgo para intento suicida en la ciudad de Bucaramanga el consumo de alcohol durante el último año y los problemas familiares o de pareja.

Según Rueda-Jaimes, Rangel Martínez-Villalba, Castro-Rueda y Camacho (2010) el segmento poblacional con mayor riesgo son los adolescentes, con mayor frecuencia mujeres, pero con problemas mentales de menor gravedad que en los adultos.

Características del intento suicida en niños

Para Campo et al (2003) la mayoría de los intentos suicidas en menores de edad tienen enfermedad mental asociada y la mitad un retardo mental; y también presenta compromiso de la atención, comportamientos violentos, disociales, delictivos, aislamiento, etc. Como características psicológicas predominantes Campo et al (2003) señalan la perturbación en el ámbito sexual, represión emocional, negación de la situación penosa y agresividad, además de disfunción familiar severa en todos los casos.

Según Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago y Ayala-Aguilera (2007) la edad promedio del intento suicida es 15,3 años siendo la intoxicación el método suicida de preferencia, los factores desencadenantes normalmente se relacionan con estresantes familiares (problemas con los padres, maltrato y relación conflictiva entre los padres) o escolares. Los trastornos adaptativos, la disfunción familiar y los trastornos del afecto fueron los principales diagnósticos psiquiátricos. El sexo masculino se asoció con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares o sentimentales y el femenino con ansiedad predominante y maltrato físico (Pérez-Olmos et al, 2007).

Factores de riesgo

El suicidio es una conducta compleja que puede surgir de diversas causas y circunstancias. La aparición de cambios en los perfiles epidemiológicos y en los estilos de vida sugiere que los factores de riesgo de suicidio son un elemento dinámico, que se modifica con el tiempo. Según Palacio et al (2007) los factores de riesgo identificados en Colombia son similares a los reportados en estudios de países desarrollados. Eventos vitales adversos, historia familiar de suicidio, episodios depresivos mayores y la expresión del deseo de muerte son algunos factores que incrementan significativamente la probabilidad de cometer suicidio.

Delgado Achicanoy, Insuasty López y Villalobos-Galvis (2004) identifican como factores de riesgo la historia familiar, enfermedad psiquiátrica, edad, sexo, estado civil, acceso a métodos suicidas, disfunción familiar, bajo nivel de integración y soporte, dificultades económicas, bajo status de salud y bienestar. Según Muñoz Morales y Gutiérrez Martínez (2010) son predictores de riesgo de suicidio la falta de práctica religiosa activa, escolaridad menor de 11 años, diagnóstico psiquiátrico previo, intento de suicidio previo, presencia de estrés agudo y depresión.

García-Valencia et al (2008) indican que la ruptura con la pareja afectiva, dificultades económicas y desempleo aumentan el riesgo de suicidio, independientemente de la presencia de otros factores, afirmación respaldada por Gómez et al (2009) para quienes la terminación de una relación sentimental es un factor de riesgo significativo para desarrollar conducta suicida; así mismo, la violencia en el noviazgo según Rey Anacona (2008) parece ser un también un factor de riesgo para los intentos de suicidio, el abuso de sustancias, el sexo inseguro, las conductas inadecuadas de control de peso y la baja autoestima. En relación con la modalidad homicidio-suicidio Dubugras y Guevara (2007) señalan que los precipitadores suelen ser celos, amenazas o rompimiento de una relación amorosa, son los hombres, los asesinos/suicidas y las mujeres y niños sus víctimas, siendo el arma de fuego el instrumento más utilizado.

Sánchez, Orejarena y Guzmán (2004) evidenciaron que factores como la comorbilidad física o mental, el uso de sustancias psicoactivas, el acceso a métodos letales, son factores constantes en la conducta suicida; mientras que Shelton et al (2006) afirman que las enfermedades terminales como el VIH se asocian con el riesgo de suicidio, siendo Palacios Espinosa, Rueda Latiff, y Valderrama Herrera (2006) quienes encontraron una relación estadística significativa para ideación suicida e intención suicida con edad, estrato socioeconómico, estado civil, orientación sexual, las características de la enfermedad, el tratamiento antirretroviral para VIH y los aspectos psicoafectivos.

Para Scott et al (2010) las condiciones físicas son predictores de suicidio si ocurren especialmente en una edad temprana incluso en ausencia de enfermedad mental comportándose de la misma manera tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo. Así, las enfermedades como la hipertensión arterial, infarto, artritis, dolor de cabeza crónico, dolor crónico y algunas condiciones respiratorias fueron asociadas con intento suicida. La epilepsia, el cáncer y el infarto fueron asociados con intentos planeados. La epilepsia fue la condición más fuertemente asociada con conductas suicidas.

Para Moyano y Barria (2006) el modelo globalizado de economía social de mercado produce crecimiento económico pero no mejora las condiciones de salud mental lo que permite considerar el suicidio como indicador de ésta.

La enfermedad mental es otro de los principales factores de riesgo relacionados con las conductas suicidas, Caycedo y Jiménez (2005) relacionan los diagnósticos de depresión mayor con uno o más intentos de suicidio utilizando como método la ingesta de sustancias. Entre las asociaciones para depresión mayor reportan como estadísticamente significativas ser mujer entre los intervalos de edad (40-44 y 15-19), (Amezquita Medina, González Pérez y Zuluaga Mejía, 2003; Amezquita Medina, González Pérez y Zuluaga Mejía, 2008). Para Posada-Villa, Rodríguez, Duque y Garzón (2007) los trastornos del estado de ánimo son los más predictivos de comportamientos relacionados con el suicidio; estando el mayor riesgo tanto de ideación como de intento entre aquellos con ideación en el grupo entre 18-29 años.

Asimismo, Nock et al (2009) indican que los trastornos como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad, el estrés postraumático, los trastornos del control de impulsos y abuso de sustancias predicen el primer intento de suicidio tanto en países desarrollados como en no desarrollados; sin embargo, el riesgo de cometer suicidio varía, siendo la depresión mayor en los países desarrollados la que más incrementa el riesgo, seguida del abuso de sustancias. En países en desarrollo los predictores más fuertes son los trastornos de control de impulsos, el abuso de sustancias y el TEPT. Nock et al (2009) también indican que los trastornos mentales predicen mejor la ideación suicida que los planes e intentos, y que la ansiedad y pobre control de impulsos son mejores predictores del intento de suicidio tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo.

En relación con trastornos de conducta alimentaria, Rodríguez y Guerrero (2005) reportaron que además de los síntomas anoréxicos o bulímicos, las mujeres presentan conductas de riesgo e intento suicida, se cortaban o quemaban la piel, se golpeaban la cabeza u otras partes del cuerpo hasta sentir dolor, se mutilaban dedos u otras partes del cuerpo hasta sangrar o presentaban varias conductas simultáneamente.

En cuanto a los trastornos por consumo de sustancias Manrique Hernandez (2000) y Bravo et al (2005) refieren que entre un 47.4% y un 60% de los suicidios se encuentra evidencias de sustancias psicoactivas (alcoholemia más drogas de abuso y tóxicas), siendo las drogas de abuso más prevalentes la cocaína y la marihuana. Manrique Hernandez (2000) afirma que en muchos casos se detecta policonsumo que incluye dos y hasta tres drogas tales como marihuana, cocaína y benzodiacepinas y el consumo simultáneo de antidepresivos tricíclicos y alcohol.

Respecto a la identificación de factores de riesgo en diferentes departamentos y municipios del país, Madroño Hernandez, Pabón Cadena y Cerón Souza (2007) señalan que en Mocoa (Putumayo), los factores de riesgo con más significancia estadística fueron la agresión física, el antecedente familiar de intento de suicidio, el antecedente personal de intento suicida, los conflictos interpersonales, enfermedad mental, problemas económicos, familias con disfunción moderada y severa.

De igual modo, Álvarez Córdoba, Ojeda Rosero, y Sánchez Martínez (2008) refieren que en Tumaco el suicidio se asocia a conductas violentas como homicidio;

mientras que en Pasto se asocia a estados emocionales y aislamiento. En Antioquia, Manrique Hernández, Ochoa, Fernández, Escamilla y Vélez (2002) describen el perfil del suicida como una persona joven entre 15 y 30 años, con bajo o mediano nivel educativo, residente en zonas marginadas o de conflicto y con situación económica o social deficiente. En Barranquilla, Tuesca y Navarro (2003) señalan como factores de riesgo del suicidio la ansiedad, la depresión, la presencia de enfermedades crónicas y la hospitalización.

Según Campbell, Quintero, Guevara, Hernández y Falla (1999) en el departamento del Caquetá el único método utilizado para los intentos de suicidio y suicidios es el uso de sustancias tóxicas. Predominó el sexo femenino tanto en los intentos de suicidio, como en los suicidios, siendo la depresión el motivo más frecuente por el cual se intenta el suicidio y el alcohol como la sustancia de mayor uso concomitante.

Población de riesgo en Colombia

Según Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba y Olarte (2007) en Colombia se observó un aumento considerable en las tasas de suicidios a partir de 1998, particularmente en la población de adultos jóvenes y en hombres. Las tasas más altas en los hombres se observaron en los grupos de 20 a 29 años y de mayores de 70, con un incremento en el tiempo. En las mujeres, las tasas más altas se registraron en el grupo de 10 a 19 años. La proporción de AVPP por suicidios aumentó de 0,81% en 1981 a 2,20% en 2002. En los hombres, los principales mecanismos de lesión fueron las heridas por armas de fuego y explosivos, el ahorcamiento y el envenenamiento, con un aumento relativo del ahorcamiento, mientras que en las mujeres fue el envenenamiento. Se confirmó la tendencia ascendente en la tasa de suicidios en Colombia, especialmente en el segmento de la población laboralmente activa, lo que conlleva un drástico incremento en los AVPP.

El suicidio en menores de edad también tiende a aumentar en Colombia; sin embargo en el país sólo existen revisiones teóricas sobre conductas suicidas en niños que abarcan temas como la conceptualización, el suicidio consumado, la ideación suicida, la intención suicida y literatura sobre la evaluación de suicidio en esta población (Palacios, Barrera y Peña, 2007); ahora bien se considera que la indiferencia de padres de familia, la exigencia académica, el matoneo escolar, el 'ciberbullying', el abuso sexual y el desplazamiento forzado son factores que han influido en que un niño o adolescente en estado de depresión se quite la vida (Palacios, Barrera y Peña, 2007).

Sobre el riesgo de imitación en adolescentes, Sánchez Pedraza, Guzmán, y Cáceres Rubio (2005) encontraron que estudiantes que han estado expuestos a información sobre alguna persona que cometió suicidio, principalmente un amigo, tener diagnóstico psiquiátrico del espectro depresivo y tener acceso a métodos letales e historia de abuso físico en la infancia son factores que están asociados con el riesgo de imitación.

Toro, Paniagua, González y Montoya (2009) indican que la depresión y la disfunción familiar se asocian positivamente con el riesgo de suicidio en esta población, mostrando la magnitud de un problema que deben tener en cuenta las autoridades

educativas, la administración municipal y los padres de familia. Para Barón (2000) los factores determinantes del comportamiento suicida son la motivación y la intención, los factores psicosociales y la psicopatología individual. Dentro de los factores psicosociales se ubican el estallido de la familia, la discontinuidad de la experiencia y la psicodinamia familiar.

Carvajal-Carrascal y Caro-Castillo (2009) identifican la soledad como un factor de riesgo para conductas autolesivas en adolescentes y como un problema que afecta la salud y la calidad de vida de los adolescentes, por ello para investigaciones de carácter cualitativo como la de Ballesteros-Cabrera et al (2010) se evidencia una necesaria transformación en las relaciones entre los jóvenes y los adultos colombianos, que implica que se respeten los derechos de los primeros y se les permita expresar sus sentimientos; de esta forma se podrá influir de manera positiva en la construcción del futuro de este grupo etario.

Respecto a la población mayor, Alsina y Rodríguez (1995) llaman la atención porque la proporción de envejecientes hombres que se suicidan ha aumentado en términos generales a través de la última década siendo el método más comúnmente utilizado el ahorcamiento, mientras que en las mujeres no está claramente definido.

En el caso de la población reclusa en centros carcelarios, Mojica, Sáenz, y Rey-Anacona (2009) evidenciaron una correlación positiva estadísticamente significativa con desesperanza y depresión y con el número de reclusiones, pero no con las variables sociodemográficas. Ruiz et al (2002) encontraron que el riesgo de suicidio en población reclusa se asocia con una menor edad, una mayor dificultad para ajustarse a las normas del centro y con la existencia en el pasado de enfermedades físicas y de dificultades sexuales.

Factores de riesgo identificados en población con ideación e intento de suicidio

Para Calvo, Sánchez, y Tejada (2003) el antecedente de violación, permanecer más de ocho horas diarias solo y el género femenino, son los factores más fuertemente relacionados con la ideación suicida. Pérez-Olmos, Ibáñez-Pinilla, Reyes-Figueroa, Atuesta-Fajardo, y Suárez-Díaz (2008) refieren como predictores de la persistencia de ideación suicida, la disfunción familiar, los conflictos de pareja y el consumo de alcohol.

García-Rábago et al (2010) indican que los factores de riesgo asociados a intento de suicidio son antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia. Las adversidades de la infancia especialmente aquellas intrusivas o agresivas y el abuso físico y sexual, también son consideradas factores de riesgo significativos de la conducta suicida (ideación e intento) (Bruffaerts et al, 2010).

En pasto Villalobos-Galvis (2009) halló mayor presencia de conductas suicidas en mujeres jóvenes entre los 17 y 20 años, en universitarios y en estudiantes del sector público. Igualmente, halló que el número de episodios de autolesión varía entre 1 y 10, los cuales se presentan por primera vez entre los 13 y 15 años de edad.

Según García-Valencia et al (2007) las características asociadas de manera independiente con ser considerado de alto o bajo riesgo de reincidencia según una evaluación clínica psiquiátrica es la presencia de trastorno depresivo mayor, el empleo de

métodos violentos y la intoxicación por sustancias psicoactivas durante el intento; y aunque los autores afirman que esto no es generalizable, es necesario hacer estudios longitudinales que permitan determinar la magnitud del efecto de estas variables en la predicción del riesgo de conducta suicida.

Aristizábal Gaviria, González Morales, Palacio Acosta, García Valencia y López Jaramillo (2009) afirman que los sujetos con intentos de suicidio de letalidad alta y extrema con mayor frecuencia viven solos, tenían antecedente de más de un intento de suicidio y presentaban dependencia a nicotina y a sustancias psicoactivas diferentes al alcohol.

Factores protectores

Los factores protectores para conducta suicida son similares a los informados en la literatura internacional, apoyo familiar, salud mental (Silva de Souza, Daher Baptista y Nunes Baptista, 2010); la edad y el tener hijos, así como las practicas de guardar las armas sin seguro, sin carga, bajo llave y en lugares separados, estan asociadas con un efecto protector y sugieren una estrategia viable para reducir lesiones en hogares con niños y adolescentes (Grossman et al, 2005). Por su parte, Madroñero Hernandez, Pabón Cadena y Cerón Souza (2007) señalan como factores protectores, pertenecer a religiones diferentes a la católica, tener amigos personales, y tener una familia funcional.

Asimismo, Martínez González, Saura, Piqueras Rodríguez y Oblitas Guadalupe (2010) afirman que cada vez existe más acuerdo respecto a la necesidad de fomentar en los colegios los estilos de conducta prosociales basados en la asertividad, con el fin de prevenir la aparición de conductas violentas y fomentar las conductas de tipo prosocial beneficiosas para la salud.

Instrumentos para identificación de conductas suicidas

En cuanto a Instrumentos para medición de riesgo suicida, se ubican tres estudios que por sus niveles de fiabilidad y validez, recomiendan el uso de estos tres instrumentos en poblaciones similares; el primero de García Valencia et al. (2009) que consistió en la validación del “inventario de razones para vivir” (RFL) en sujetos con conducta suicida, obteniendo buenas propiedades psicométricas en una población clínica con comportamiento suicida, pues al evaluar la validez del constructo se encontró diferencias significativas en las puntuaciones del RFL entre individuos con riesgo de suicidio alto y bajo, definido clínicamente. El estudio reportó que la estructura factorial tiene seis dominios que explican el 63,5% de la varianza: “Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento”, “Miedo a la muerte y a la desaprobación social”, “Responsabilidad con la familia”, “Preocupación por los hijos”, “Percepción de incapacidad para el suicidio” y “Objeciones morales”. La consistencia interna fue alta (Alfa de Cronbach=0,96), así como la reproducibilidad prueba-reprueba (CCI=0,89, IC95%: 0,78-0,94).

Villalobos-Galvis (2010) evaluó la validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, en estudiantes colombianos, concluyendo que el PANSI tiene buenas propiedades psicométricas, razón por la cual puede ser utilizado con estudiantes adolescentes y jóvenes ya que tiene relaciones significativas con medidas de depresión, desesperanza, ideas suicidas y autoestima, y con indicadores de gravedad de

la conducta suicida. Según Villalobos-Galvis (2010) el análisis factorial exploratorio mostró una estructura bifactorial que explicaba el 64% de la varianza. El primer factor correspondió a ideas suicidas negativas, mientras que el segundo, abarcó pensamientos protectores ante el suicidio. La escala total y las subescalas tuvieron altos valores de consistencia interna.

Por su parte, Sevillano Aguiño y Villalobos-Galvis (2008) llevaron a cabo la caracterización psicométrica de una versión reducida del cuestionario de ideación suicida SIQ-HS adaptado al español; hallando correlaciones significativas con variables que desde la teoría se asocian a la ideación suicida. Se encontró que las mujeres poseen puntuaciones significativamente mayores que los hombres.

Otros hallazgos y recomendaciones

Guzman Sabogal (2006) afirma que la elección de una terapia en particular depende no sólo de la estimación del riesgo suicida desde el punto de vista psiquiátrico, sino también de otros aspectos relacionados con el paciente. Estos comportamientos pueden reducirse si se entiende el suicidio como un problema de salud pública, susceptible de prevención, en el cual se involucran tanto individuos como grupos.

Desde la perspectiva ética Franco Zuluaga (2001) explica que un intento de suicidio que ponga en peligro la vida de terceras personas (agentes morales), como los realizados con gas doméstico, CO₂ y explosivos requiere paternalismo fuerte justificado, es decir hospitalización y tratamiento obligatorio; mientras que un intento de suicidio como consecuencia de un trastorno o enfermedad mental requiere paternalismo blando, representado en la intervención psicoterapéutica con la finalidad que el usuario (paciente con derechos) acceda a tratamiento.

Para Pérez Barrero (2005) los mitos sobre el suicidio, el suicida y los que intentan el suicidio constituyen obstáculos para la prevención, por lo que se impone que se divulguen –y junto a ellos– los criterios científicos para que la población tenga más recursos con los cuales enfrentar a los individuos en riesgo. Siguiendo a Martínez y Guinsberg (2009) se plantea la necesidad de construir una mirada que de cuenta del significado de la muerte, del sentido de la vida, y de la forma cómo viven tanto hombres y mujeres, con conductas suicidas.

Según Sarmiento Suárez y Caballero Duque (2008) los pesticidas son un instrumento frecuentemente utilizado para cometer suicidio; por lo que es prioritario enfatizar el establecimiento de programas de salud pública y ocupacional encaminados a evaluar la salud mental y de este modo brindar un tratamiento adecuado y oportuno, que disminuya las tasas de suicidio y mejore la calidad de vida. Asimismo, es prioritario fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para depresión (no sólo limitados al medicamento). Es necesario promover la estrategia de escuela de padres en instituciones educativas, hacer énfasis en temas referentes a la salud mental y resaltar la importancia en la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia. Se considera que tenemos suficiente información acumulada sobre los factores de riesgo, que permita establecer una línea de base para evaluar y reorientar los programas que están siendo implementados; por ejemplo, el establecer las características de las

muertes violentas por sexo permite el diseño de políticas con mayor orientación, según las características específicas de riesgo en los grupos.

En cuanto a las intervenciones es Villalobos-Galvis (2006) quien mediante un artículo de reflexión sugiere que es válido aplicar el modelo de estrés-afrontamiento para la comprensión, prevención y atención de la conducta suicida en ambientes clínicos, educativos y sociales, lo que le da gran valor heurístico al modelo, al demostrarse su pertinencia, flexibilidad y aplicabilidad.

Análisis de la producción científica Internacional sobre el suicidio

En concordancia con la aproximación tomada de Jorm (Griffiths et al., 2002; Jorm et al., 2002a, 2002b), la revisión de la literatura internacional incluyó artículos publicados en revistas que utilizan revisión por pares. Esta fue una manera sistemática de identificar investigación actual, al alcance y de calidad al considerar exclusivamente estudios de investigación primaria, revisiones sistemáticas y revisiones narrativas. Con el fin de rastrear la literatura internacional se buscó en the Cochrane library, PubMed y PsycINFO artículos publicados entre 1990 y 2010. Otros estudios fueron recopilados a través de una búsqueda individual en los siguientes journals: Archives of Suicide Research y Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.

Las palabras clave utilizadas como estrategia de búsqueda fueron en la modalidad Full-text searching: Suicid*, Suicide/prevention and control OR suicide, Suicide/intervention OR prevention and control OR suicide AND manage OR treat, suicide AND (prevent*[tiab] OR health education OR health promotion OR public opinion OR primary health care OR psychotherapy OR schools OR mass media NOT case report* OR editorial* OR letter.

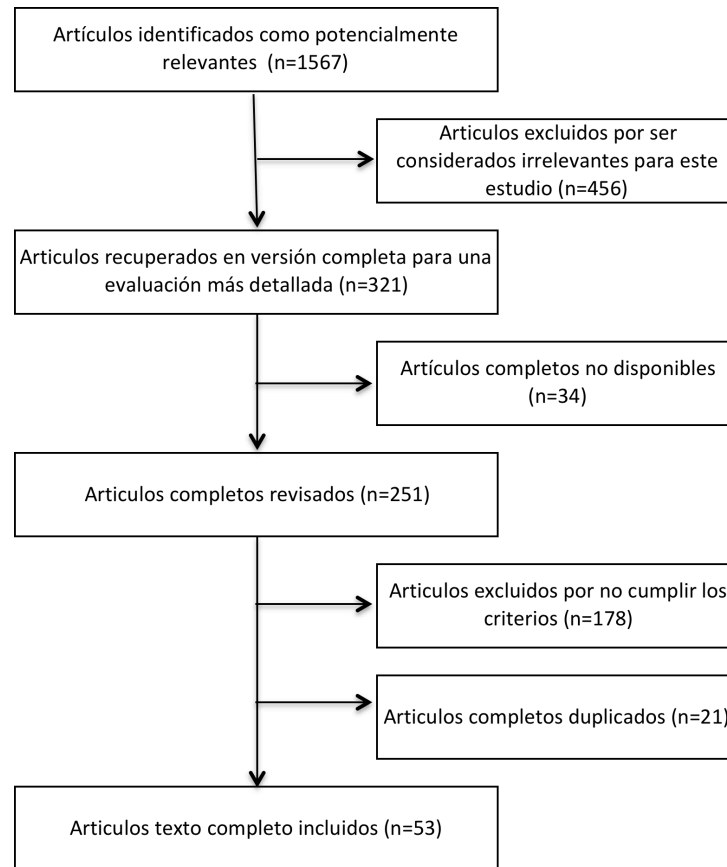
Los artículos fueron excluidos de la investigación si: hacían referencia a eutanasia (o suicidio asistido); no incluían resumen completo; no involucraban investigación primaria.

La revisión fue llevada a cabo en dos etapas: un mapeo general de la literatura existente sobre el tema a través de la revisión de abstract y de las listas de referencias; y la lectura por parte del investigador y un auxiliar de los artículos considerados relevantes con el objetivo de llevar a cabo un nuevo filtro.

Análisis Bibliométrico

Se revisó un total de 1567 artículos, después de remover los duplicados se determinó la relevancia respecto al tema, fueron descartados 456 recuperando un total de 321 en versión completa para llevar a cabo una evaluación más detallada, sin embargo 34 de los estudios seleccionados no se lograron ubicar en versión completa. Se revisó un total de 251 artículos en versión completa, sólo 53 de estos cumplían con todos los criterios de inclusión (ver Tabla 2-9).

Figura 2-9. Proceso de recopilación de la producción internacional sobre el suicidio 1990-2010.



Fuente: Elaboración propia.

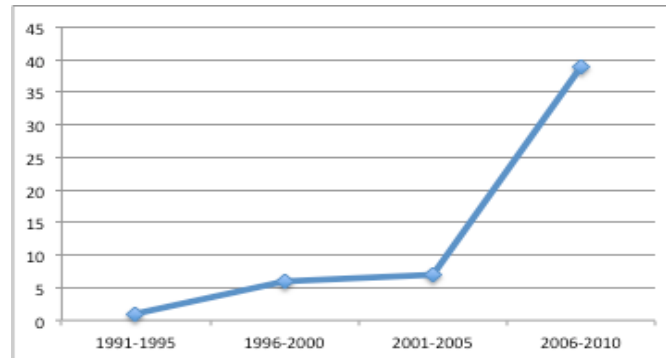
En la Figura 2-9 se observa que de 30 revistas localizadas, *Suicide and Life-Threatening Behavior* (17,3%) y *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* (5,7%) son las revistas con mayor número de publicaciones; sin embargo, otro 17,3% de los documentos forma parte de los informes oficiales publicados entre 1990 y 2010 por organizaciones de salud en países especialmente europeos y de América del Norte.

Figura 2-10. Distribución de productos por revista.



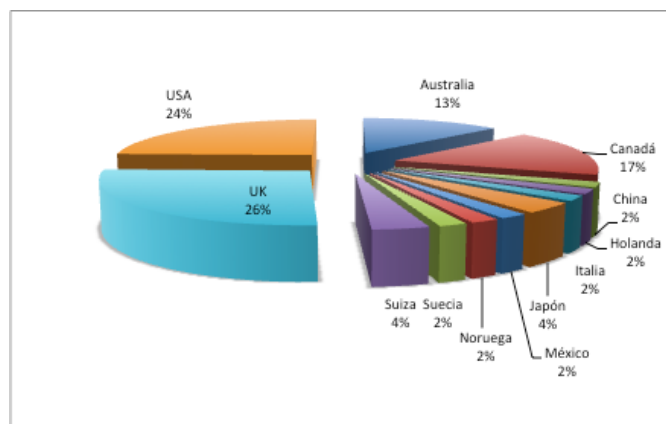
Fuente: Elaboración propia.

El 27% de las revistas donde se hallaron los artículos corresponden a los campos de la psiquiatría (27%) y de la psicología (27%), mientras que el 16,6% corresponde a revistas de salud pública y medicina. Como revistas especializadas se destacan las revistas *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* y *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

Figura 2-11. Distribución de registros según fecha de publicación de los artículos.

Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 2-11 se observa que al igual que lo ocurrido a nivel nacional durante la década de los 90 no existen muchas publicaciones sobre la efectividad de programas de prevención y tratamientos para la conducta suicida (15%); sin embargo después del año 2002 se multiplica la producción sobre el tema (85%). El número de artículos originales publicados por año es variable y oscila entre un máximo de 33 entre los años 2008 y 2010 y un mínimo de 1 entre el año 1993 y 1995.

Figura 2-12. Distribución de países lugar de trabajo de los autores.

Fuente: Elaboración propia.

Según la Figura 2-12, el 96% de los autores trabaja en alguna universidad. Se destaca la amplia producción de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados sobre la eficacia de los programas de prevención del suicidio en diferentes grupos poblacionales de países como el Reino Unido (UK 26%) y Estados Unidos (USA 24%); así mismo, en países como Canadá y Australia es posible encontrar desarrollos significativos en el tema de prevención del suicidio. Entre las universidades que más productos reportan sobre el tema es posible destacar a las de Queensland y Melbourne (Australia); Oxford, York, Manchester y The Imperial College of London (UK); Harvard, Florida, Houston y Columbia (USA). También se destacan los trabajos en prevención de países como China y Japón.

Figura 2-13. Distribución de la producción científica internacional por categorías 1990-2010.

Fuente: Elaboración propia.

Como muestra la Figura 2-13, el 26,4% de la investigación seleccionada hace referencia principalmente a tratamientos para el intento de suicidio, el 24,5% a programas de prevención, seguido de los programas de prevención con énfasis comunitario, en escuelas y en población militar que suman un 24,5%. Es importante resaltar los aportes que ofrecen los estudios de tipo cualitativo que se centran en las experiencias de padecer conducta suicida, ser un profesional que aborda los casos de suicidio, y el papel de las actitudes y la cultura en el diseño de programas de prevención y tratamiento para la conducta suicida.

La distribución de documentos con autoría múltiple tiene un comportamiento particular, pues la proporción de documentos firmados por entre dos y cinco autores es de 67% de manera conjunta, siendo 3 autores con el 22% la distribución más frecuente dentro de los 53 estudios analizados; mientras que sólo el 5% de los documentos cuenta con un solo autor, lo cual conlleva a que la tasa promedio de documentos coautorados sea de 0.95 documentos. El anterior comportamiento condiciona que el Índice de coautoría de los documentos sea de 5,3 autores firmantes por documento.

La Tabla 2-11 relaciona los niveles de productividad o índices de productividad, donde aparecen 278 (98%) autores con productividad baja y 6 (2%) autores con productividad media (entre 2 y 9 trabajos).

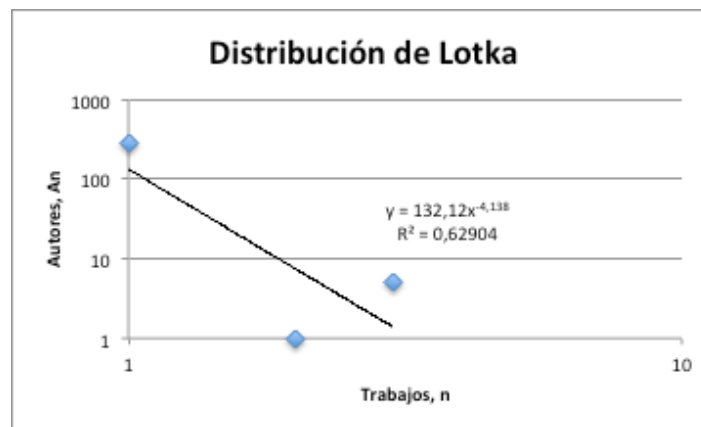
Tabla 2-11. Distribución de autores según nivel de productividad.

| Nivel productividad | No. de trabajos | Autores | |
|----------------------|-----------------|---------|-----|
| | | n | % |
| Grandes productores | 10 o más | 0 | 0% |
| Medianos productores | 2 a 9 | 6 | 2% |
| Pequeños productores | 1 | 278 | 98% |
| Total | | 284 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Ninguno de los autores identificados se ubica en la categoría grandes productores sobre el tema del suicidio en el periodo comprendido entre 1990 y 2010. El total de autores contabilizados en los 53 artículos fue de 284.

Figura 2-14. Distribución de la productividad de autores según el Modelo de Lotka.



Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 2-14 puede apreciarse el resultado de la aplicación de la Ley de Lotka a la productividad de los autores. La curva resultante indica un valor de R^2 cercano a 1, concretamente 0,62904. El valor obtenido cercano a 1 corrobora una fuerte presencia de documentos escritos por un promedio de 5 autores y muy bajos niveles de documentos escritos por un solo autor, lo cual puede interpretarse como un claro indicador de los altos niveles de colaboración presentes en los estudios sobre el tema de prevención del suicidio.

Tabla 2-12. Resumen de indicadores de producción científica internacional sobre el tema del suicidio 1990-2010.

| | |
|--|---------------|
| El índice de productividad | 0,86 |
| El índice de cooperación | 5,3 |
| El índice de referencias por artículo | 51,5 |
| Análisis de productividad por años | 3.75 |
| Revistas donde más se publica sobre el tema. | Crisis |

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la colaboración científica de los investigadores internacionales sobre el tema del suicidio, se evidencia la participación de un 10% de ellos en estudios multicentro desarrollados en múltiples países. En cuanto a la cantidad de referencias por revista, así como el promedio de referencias correspondiente se destaca la revista *Suicide and life threatening behavior* con un total de 9 artículos y 339 referencias, y los informes de organizaciones con 848 referencias en nueve artículos. El promedio general es de 51,6 referencias por cada artículo publicado en los 53 artículos recopilados.

Análisis cualitativo

Se revisaron 53 artículos sobre intervenciones para conducta suicida, en un intento por cubrir los esfuerzos internacionales en el campo de prevención, tratamiento y posvención. Más de la mitad de estas intervenciones se ubican en el área de tratamiento de la conducta suicida (26,4%) y en los programas de prevención de la misma (24,5%) teniendo en cuenta que la tendencia es a tratar o a reducir los factores de riesgo, especialmente los relacionados con enfermedad mental.

Tabla 2-13. Clasificación de los estudios internacionales 1990-2010 seleccionados para el estudio.

| Categoría | Definición | Frecuencia | Porcentaje |
|---|--|------------|------------|
| Estudios de intervención | Examina la efectividad de una intervención universal o selectiva, o estudia aspectos metodológicos concernientes a la investigación sobre intervenciones. | 30 | 56,6% |
| Investigación en ciencias sociales | Describe estudios que usan aproximaciones cualitativas para explorar las experiencias de aquellos que han sido afectados por el suicidio o ofrece una perspectiva sobre el suicidio desde las ciencias sociales. | 7 | 13,2% |
| Descripción de una intervención, política, programa o servicio | Ofrece una descripción de una intervención, política, programa o servicio pero no información sobre la evaluación y efectividad de la intervención. | 10 | 18,8% |
| Evaluación de una política, programa o servicio | Describe la evaluación de una política, programa o servicio | 6 | 11,3% |

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, como se evidencia en la tabla 2-13, el 56,6% de los estudios seleccionados corresponde a estudios que examinan la efectividad intervenciones centradas en la prevención, el tratamiento y la posvención, y que permiten conocer aspectos metodológicos concernientes a la forma como se llevaron a cabo dichas intervenciones, mientras que el 30% se centran en descripciones de intervenciones sin

ofrecer información sobre su efectividad. El 13,2% restante corresponde a estudios de corte cualitativo que describen tanto la experiencia de sujetos con conducta suicida, como la de quienes tratan a diario con este tipo de casos y las familias que sobreviven al suicidio consumado.

El análisis cualitativo de la literatura, se llevó a cabo a través de la identificación de las áreas temáticas, la metodología, los instrumentos, conclusiones, financiamiento y sus implicaciones en la construcción de conocimiento en el área. La información emergente se analizó teniendo en cuenta la conceptualización de comportamiento suicida de Posner, Oquendo, Gould, Stanley y Davies (2007), como un proceso continuo de pensamientos y comportamientos que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado.

Figura 2-15. Categorías resumidas del comportamiento suicida. Fuente: elaboración propia a partir de Posner, Oquendo, Gould, Stanley y Davies, (2007).



Como afirman Talseth y Gilje (2010), la mayoría de la producción científica proviene del mundo occidental; es decir, Europa, Canadá y América del Norte. Metodológicamente, el enfoque crítico interpretativo ha movido un pequeño cuerpo de conocimientos que variaban en términos de las medidas de calidad más allá de la comprensión global.

Colucci y Graham (2007) en una revisión sistemática de estudios transculturales sobre suicidio en la juventud con énfasis en comparaciones entre diferentes étnias, razas y culturas, señalan que es posible identificar factores de riesgo generalizables a casi todos los grupos (depresión, exposición al suicidio, los problemas personales e interpersonales y las conductas suicidas previas a la ideación y el intento), factores precipitantes comunes como los conflictos con los padres, dificultades interpersonales con los amigos, factores personales, la familia, problemas con los amigos y estrés; y otros más específicos que dependen de la cultura y el grupo étnico. En la tabla 2-14 se resumen los factores más comúnmente reportados.

Tabla 2-20. Tabla resumen de programas de prevención, tratamiento y posvención según grupo poblacional.

| Población | Prevención | Tratamiento | Posvención |
|--------------|---|--|---|
| Adolescente | <p>Tarjetas de emergencia (Hawton KKE et al, 2009)</p> <p>Screening o tamizaje (Peña, and Caine, 2006)</p> <p>Programas de entrenamiento en habilidades cognitivas, de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento para niños de 6-8 años (Nrugham, Herrestad y Mehlum, 2010)</p> <p>Programas de prevención en las escuelas y gatekeepers (Chávez-Hernández, Medina Núñez y Macías-García, 2008; Miller, Eckert y Mazza, 2009)</p> <p>Programa de prevención cultural para la juventud (Allen, Mohatt, Ching y Henry, 2009)</p> <p>Programa de prevención Yellow Ribon (Freedenthal, 2010)</p> <p>Programas de prevención sensibles a la cultura (De Leo y Milner, 2010)</p> <p>Fortalecimiento del apego familiar en la prevención del suicidio desde la perspectiva sistémica (Lobo Prabhu, Molinari, Bowers y Lomax, 2010)</p> | <p>Terapia familiar breve domiciliaria posterior al intento (Hawton KKE et al, 2009)</p> <p>Terapia de grupo (terapia cognitivo conductual, resolución de problemas, terapia dialectico-conductual, psicoterapia)</p> <p>Terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal y tratamiento con antidepresivos ISRS (fluoxetina) para depresión. (Hawton KKE et al, 2009)</p> <p>Tratamiento de los desórdenes conductuales a través de terapia interpersonal de resolución de problemas, terapia multisistémica, manejo de la ira y terapia familiar. (Hawton KKE et al, 2009)</p> <p>Terapia cognitivo-conductual y Terapia dialectico-conductual (Hawton KKE et al, 2009)</p> | <p>Terapia de grupo en niños sobrevivientes al suicidio de uno de sus padres (Daid, Trowman, Golder, Hawton y Sowden, 2008)</p> |
| Adulto | <p>Tarjeta de emergencia para permitir el contacto con los servicios de emergencia (Hawton KKE et al, 2009)</p> <p>Programa gatekeeper (Nrugham, Herrestad y Mehlum, 2010)</p> <p>Flupentixol para evitar intentos recurrentes de autolesiones (Hawton et al, 2009)</p> <p>Terapia psicológica dialectico conductual a largo plazo para mujeres con trastorno límite de la personalidad e intento recurrente de autolesión (Hawton KKE et al, 2009)</p> <p>Tratamiento clínico con litio (Cipriani, Pretty, Hawton y Geddes, 2005; Guzzetta, Tondo, Centorrino y Baldessarini, 2007)</p> <p>Programas de prevención basados en la comunidad (Ono et al, 2008; Hegerl et al, 2009)</p> <p>Guía de ayuda para pensamientos y conductas suicidas (Kelly, Jorm, Kitchener y Langlands, 2008)</p> | <p>Terapia de Resolución de problemas (problem-solving therapy) (Hawton et al, 1998; Hawton KKE et al, 2009)</p> <p>Terapia cognitivo-conductual (Tyrer et al, 2004; Tarrier, Taylor y Gooding, 2008)</p> <p>Terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal y terapia dialectico conductual (Crawford, Thomas, Khan, & Kulinskaya; 2007)</p> | <p>Intervención familiar breve con terapia cognitivo conductual (Daid, Trowman, Golder, Hawton y Sowden, 2008)</p> <p>Intervención en crisis (Daid, Trowman, Golder, Hawton y Sowden, 2008)</p> |
| Adulto mayor | <p>Screening o tamizaje para depresión (Oyama, Koida, Sakashita y Kudo, 2008)</p> <p>Programas de educación comunitaria sin tamizaje (Oyama, Koida, Sakashita y Kudo, 2008; Ono et al, 2008)</p> | <p>Terapia dialectico conductual, entrenamiento en mindfulness para prevenir nuevos episodios depresivos (Hawton KKE et al, 2009)</p> | <p>No se encontró reportes de trabajos con adultos mayores.</p> |

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura revisada 1990-2010.

Tabla 2-21. Escalas para la medición de la conducta suicida.

| |
|---|
| Attitudes Toward Suicide (ATTS) |
| Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) permite comparar personas de diferentes países (Domino, 1981, 2001) |
| Inventory of beliefs about suicide (Lester & Icli 1990) |
| Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT) |
| The Columbia Suicide Screen (CSS) |
| The Suicide Risk Screen (SRS) |
| The Risk of Suicide Questionnaire (RSQ) |
| The Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) |
| The Suicidal Ideation Questionnaire JR (SIQ-JR) |
| The Diagnostic Predictive Scales (DPS) |
| The Suicide Probability Scale (SPS) |
| The Scale for Suicidal Ideation |
| The Suicide Intent Scale |
| The Risk-Rescue Rating Scale, es una entrevista administrada que mide la letalidad de un intento suicida. |
| The Columbia-Suicide Severity Rating Scale, mide la severidad de la ideación suicida. |
| The Beck Hopelessness Scale, mide sentimientos sobre el futuro, pérdida de la motivación y expectativas. |
| The Hamilton Depression Rating Scale, es una escala que evalúa las dimensiones de la depresión. |
| The Beck Depression Inventory, es una escala de auto reporte que mide la severidad de la depresión. |

Elaboración propia a partir de la literatura revisada 1990-2010.

La tabla 2-21 resume las Escalas mencionadas en la literatura revisada, que permiten la identificación y medición de la severidad de la conducta suicida y los trastornos mentales frecuentemente asociados a esta. Llama la atención los instrumentos centrados en las creencias y actitudes culturales hacia el suicidio que están empezando a impactar en el diseño de programas de prevención de tipo comunitario centrados en aspectos culturales.

Las mediciones tanto de línea base como post-intervención se llevaron a cabo haciendo uso de cuestionarios, entrevistas, encuestas y talleres grupales.

Financiamiento

El 32% de los estudios contó con financiación. Dentro de los principales financiadores es posible mencionar la OMS, el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de los Estados Unidos, los departamentos de Salud del Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y Nueva Zelanda. *The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), the Alberta Health and Wellness y Alberta Health Services, the Scottish Executive Health Department, the Choose Life National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland.*

Universidades y fundaciones como *Fondazione Cariverona*, Universidad de Verona, Universidad de Oxford, Universidad de Guanajuato, *The Imperial College London*, *the Japan Foundation for Neuroscience and Mental Health* y el *Medical Research Council, UK*.

Capítulo 3. Una mirada desde los avances en políticas públicas de la Salud Mental en Colombia 1990-2010

La magnitud del problema: Tasas y tendencias

La conducta suicida incluye autolesiones, ideación e intento, y cada una afecta a miles de familias alrededor del mundo constituyendo un problema de salud pública ya que la pérdida de vidas producto del suicidio no es sólo trágica, sino también prevenible. Desde esta perspectiva no sólo aquellos que intentan suicidarse y sobreviven, pueden presentar lesiones serias como fracturas, daño cerebral o falla de órganos, depresión y problemas graves de salud mental; si no también la familia y los amigos de los suicidas pueden experimentar una variedad de problemas de salud mental, lo cual implica altos costos financieros, médicos, sociales, psicológicos y emocionales (Centers for Disease Control and Prevention, 2007)

En años recientes, mas jóvenes mueren por suicidio que por cáncer, enfermedad cardiaca, SIDA, diabetes y otras condiciones medicas combinadas (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2007). Los métodos utilizados para el suicidio incluyen ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación, envenenamiento, uso de armas de fuego, salto desde lugares altos, etc.

En lo que respecta a tasas y tendencias sobre el suicidio a nivel mundial es posible delinear algunas tendencias emergentes, como el uso de métodos más letales en la población masculina, con predominio de la horca como el método más común de suicidio, representando aproximadamente el 50% del total de muertes por suicidio y el envenenamiento (incluyendo sobredosis de drogas) como el método más común utilizado por las mujeres. Los fármacos más comúnmente identificados incluyen acetaminofén (para el caso de Inglaterra) y los antidepresivos, antiepilépticos, anti parkinsonianos y psicotrópicos en países como Nueva Zelanda. En países como Estados Unidos, las armas de fuego son los medios más comunes utilizados para el suicidio, representando más de la mitad de las muertes por suicidio (Guo, Harstall y Chatterley, 2010).

En Colombia según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Macana, 2012) reportó que el suicido representó el 7% de las muertes violentas del país con 1.889 casos y un incremento de 1,3% (25 casos) respecto al año 2010; la tasa de

suicidios continua siendo aún de 4,10 por 100 000 habitantes. El mayor numero de suicidios se reportó en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes entre los 15 y 34 años (51,8%), hecho que sugiere considerar a los jóvenes como el grupo de mayor riesgo. La razón hombre:mujer continúa siendo 4:1, donde para el año 2011, el 80,6% de los casos se presentó en hombres (1,523 casos), mientras que el 19,4% en mujeres (366 casos). También sigue llamando la atención el incremento en la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en la población de más de 80 años de edad, pues pasó de 5,73 en 2010 a 6,04 en 2011, ubicando a los adultos mayores en el grupo de riesgo (Macana, 2012).

En su análisis para Forensis 2011, Macana (2012) afirma que se continúa reportando un nivel educativo básico y el estado conyugal soltero, seguido de la unión libre y ocupación desempleado sobre todo en hombres (8,42%). El mecanismo causal utilizado para cometer suicidio, al igual que en la literatura reportada en otros países, es el ahorcamiento con 814 casos, donde el 44,98% se presentó en hombres, seguido por el uso de armas de fuego (16,87%) y la intoxicación (16,61%).

Por esta razón la prevención del suicidio y la reducción del comportamiento suicida se incluye ahora como parte de las iniciativas de política pública en salud en varios países, siendo parte de los objetivos de la Organización Mundial de la salud OMS. Sin embargo, existe una considerable falta de información en cuanto a cuáles estrategias preventivas son efectivas; por ejemplo, si bien en Colombia existen objetivos claros sobre el tema de prevención del suicidio, los planes de acción, implementación y evaluación aún no están definidos.

El suicidio en el marco de la Salud Mental

Teniendo en cuenta los costos y cifras de la conducta suicida descritos anteriormente, es importante señalar ahora su estrecha relación con el área de salud mental junto con trastornos prevalentes como la depresión mayor unipolar, los trastornos afectivos bipolares, el consumo de alcohol y otras sustancias, como parte del marco para el análisis de las políticas públicas generadas en Colombia entre 1990-2010.

Según Rodríguez (2009) existen evidencias científicas sobre la prevalencia y la carga que significan para las sociedades los trastornos mentales, por ejemplo, la depresión se está reconociendo en este momento como un importante problema sanitario y social, con un elevado impacto en la economía de los países. En relación con los resultados del Estudio de la Carga Global de Enfermedad, en 2010 se aprecia un incremento en esta carga que aumenta en relación al gradiente de desigualdad (Horton, 2012).

Los resultados muestran que las enfermedades infecciosas, las enfermedades materno-infantiles y la desnutrición causan ahora menos muertes y menos enfermedad que veinte años atrás; pero los adultos más jóvenes y de mediana edad están muriendo y sufriendo más de enfermedades no transmisibles, lo que representó dos de cada tres muertes en el mundo en 2010, haciendo de las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares las principales responsables de la mortalidad y resaltando la emergencia de los problemas relacionados con la depresión, la ansiedad y las formas de violencia tanto en términos de discapacidad funcional como de muerte temprana.

Como señalan Murray et al (2012) el porcentaje de *años de vida ajustados por discapacidad* (AVADs por su sigla en español) según el grupo de lesiones intencionales era del 2,9% en 1990 y fue del 3,4% en 2010, representando el 2,6% de las muertes para América del Sur; mientras que el porcentaje de años de vida ajustados por discapacidad por causa de trastornos mentales y de la conducta en 1990 era del 10% aumentando al 12% en el 2010 sólo en América del Sur; evidenciando así un aumento del 3,8% en 1990 al 4,7% en 2010 para el trastorno unipolar o depresivo mayor, y del 1,9% al 2,1% para trastornos de ansiedad. Así, trastornos mentales como la depresión, figuran entre las 20 causas principales de discapacidad a nivel mundial, afectando a unos 350 millones de personas en todo el mundo.

Según Lozano et al (2012) las muertes por causa de trastornos mentales y de la conducta se deben principalmente al consumo de alcohol (0,3%) y a los trastornos relacionados con sustancias (0,1%); mientras que las muertes por auto-lesiones correspondiente al grupo de lesiones intencionales para América del sur representa el 1,6% (misma cifra que en 1990) con un porcentaje DALYs del 2,0% a 2010.

Ahora bien, es importante resaltar que si bien los trastornos mentales representan un 12% de la carga global de enfermedad en Latinoamérica, el porcentaje del presupuesto nacional que se le asigna a la salud mental es de aproximadamente el 2% en países latinoamericanos, lo que marca una gran brecha financiera y de tratamiento caracterizada por la falta de planificación, organización y distribución de los servicios de salud para responder a la carga que significan los trastornos mentales (Rodríguez, 2009).

En Colombia el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2003) reveló que los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes (25,3%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (14,6%) y que el riesgo parece estar incrementándose a través de las cohortes históricas de nacimiento. El estudio de carga de enfermedad CENDEX (2005) reveló que la primera causa de carga de enfermedad según años de vida saludable perdidos por muerte prematura o por vivir con discapacidad (AVISAS) x 1.000 en mujeres de 15-29 años es la depresión mayor unipolar y la tercera en mujeres de 5-14 años. Para este grupo poblacional las lesiones autoinflingidas ocupan el lugar 11 representando el 2,027 AVISAS mortalidad. Llama la atención que la primera causa de carga de enfermedad según AVISAS x 1.000 en hombres de 5-14 años sea la depresión mayor unipolar y la tercera los trastornos bipolares. En contraste con lo anterior, la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de la Protección Social, 2007) señaló que la enfermedad o problema mental, de los nervios o de comportamiento, representa el 0,8% de los motivos de consulta externa y el 0,30% de los eventos de urgencias, lo cual ubica a Colombia como un país con alta carga de enfermedad mental y poco acceso a los servicios de salud, barreras que no sólo provienen del sistema, sino también del estigma de hablar de salud mental.

A continuación se presenta una breve descripción de los principales antecedentes históricos a nivel internacional en el tema de Salud Mental, la reconstrucción del Marco Legislativo en materia de Salud Mental en Colombia organizado en línea de tiempo según periodo de gobierno entre 1990-2010, el análisis de la información descrita a la luz de factores como el proyecto político dominante, la visión del proceso-salud enfermedad,

la influencia del contexto internacional y la conceptualización de los problemas o necesidades.

Aunque la OPS reporta esfuerzos desde la década de los 60's y 70's en materia de servicios de Salud Mental, la Conferencia de Caracas 1990 marcó un momento de inflexión fundamental porque allí formalmente se estableció la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región de las Américas. Sobre los contenidos de la "Declaración de Caracas" del año 1990, el documento surge como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de Salud Mental en las Américas; adoptado por aclamación de los asistentes a la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, y ratificado en el país por las asociaciones de psiquiatría. A partir de este evento se consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención. En el documento se resaltó la necesidad de protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y la necesaria reestructuración de la atención psiquiátrica convencional junto con la revisión crítica hacia el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico.

Respecto a la re-estructuración de la atención psiquiátrica, el Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó en 1997 y 2001 sendas resoluciones donde se solicitaba a los países priorizar la salud mental y se sometían propuestas para la acción en el desarrollo de Programas Nacionales de Salud Mental, la reorientación de los servicios de salud mental a nivel comunitario e institucional, el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez, la mejora de la legislación y la protección de los derechos humanos.

El Informe Mundial de Salud Mental (OMS, 2001) dedicado por primera vez exclusivamente a la Salud Mental, incluyó principios rectores para orientar la reforma de la atención de Salud Mental a nivel global. En el Informe se afirma que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Posteriormente, la Declaración de Montevideo 2005, describió orientaciones sobre la Atención Primaria en Salud, tales como la creación de Sistemas Sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención.

La Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental celebrada en Brasilia, en noviembre de 2005, señala que 15 años después de la Conferencia de Caracas (1990), se había producido avances a nivel regional sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica; sin embargo, se develaron nuevos desafíos técnicos y culturales como la vulnerabilidad psicosocial, que incluyó la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis; el aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia; el aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol; y el aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia con referencia a la atención de las víctimas. Así, los desafíos a afrontar son la vulnerabilidad psicosocial (sobre todo para

los grupos minoritarios y las comunidades afectadas por la extrema pobreza), la violencia, la problemática psicosocial de la niñez y de la adolescencia (desterrando el mito de que la salud mental no es un tema importante en los niños y adolescentes), la conducta suicida, y el alcoholismo.

La publicación de la Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres por parte de la OPS en el año 2006, acompañada de la Resolución CD47.R1 del 47º Consejo Directivo, 58ª Sesión del Comité Regional celebrado en Septiembre de 2006, por la cual se resolvió suscribir la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y la adopción de políticas, estrategias, planes y programas nacionales sobre discapacidad, su prevención y rehabilitación integral.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, como instrumento político de alto nivel en aspectos de salud, definió las áreas de acción de fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el abordaje de los determinantes de la salud, el aumento de la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad y la disminución de las desigualdades e inequidades en salud, entre otras. El Plan estratégico 2008-2012 de la OPS, el lanzamiento para la Región de las Américas de la Serie de la Revista Lancet dedicada a la Salud Mental bajo el mensaje *“la salud mental se ha descuidado, y los recursos dedicados a este fin son inadecuados, insuficientes e inequitativamente distribuidos”* de la Dra. Beato, Directora Adjunta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el lanzamiento del informe “La Salud Mental en las Américas, una reforma de mentalidad”, y el Programa de Acción para superar las brechas en salud mhGAP, presentado por la OMS en octubre del 2008, constituyen las mejores pruebas científicas disponibles sobre el tema de salud Mental y ofrece un conjunto de estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (OMS, 2008 en http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/).

Por otro lado, es importante mencionar algunos hitos relacionados con el tema de la salud mental que de una u otra manera influenciaron tanto la evolución del concepto como las decisiones políticas sobre su abordaje. Algunos de estos eventos son las revoluciones de la salud mental descritas por Aguado Díaz (1995) que evidencian en primer lugar, el paso de una concepción demonológica (de pecado) de la enfermedad mental a otra de corte biologicista/organicista (de enfermedad), el surgimiento de las instituciones para enfermos mentales y la emergencia de los conceptos de locura y neurosis; la segunda revolución en salud mental iniciada a finales del siglo XIX y conectada con el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica, la sustitución del modelo organicista por uno de corte intrapsíquico protagonizado por el psicoanálisis, el surgimiento de la psicología clínica, el movimiento rehabilitador, la psicopatología infantil, del estudio experimental de la conducta y de la evaluación psicológica. Esta etapa implicó avances en la comprensión, estudio de etiología y formas clínicas asociadas a la enfermedad mental y el avance hacia el reconocimiento de la responsabilidad de los gobiernos en la toma de medidas legales e institucionales a favor de los enfermos. La tercera revolución en salud mental sobreviene a comienzos de la década de los sesenta, dado que los modelos anteriores, demonológico, organicista,

intrapésquico, no proporcionaban alternativas coherentes y eficaces en función de las exigencias planteadas en el ámbito de la salud mental. Como aportación más novedosa, esta tercera revolución acentúa los determinantes psicosociales y socioambientales y, como correlato, la intervención comunitaria.

Ahora bien, la introducción de los psicofármacos a finales de la década de los 50 y el avance de la psicofarmacología, el uso de la terapia electroconvulsiva, el movimiento antipsiquiátrico, sumado a la idea de prevención de la patología mental y promoción de la salud lograron avances en el marco legislativo entre las década de los 70's y 80's en relación con el reconocimiento de los derechos del retrasado mental en 1971, de los llamados impedidos en 1975 y de los derechos humanos para los enfermos mentales en 1989. Además de esto, hacia finales de la década de los 80 se inician las reformas en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo BID y el Banco Mundial BM. En la década de los 90's se registra la "Declaración Internacional de los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental" de la Asociación Médica Mundial en 1991, y la Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría de 1996, revisada en 2002 en Yokohama, Japón.

Respecto a las experiencias exitosas que han servido de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención, y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la salud mental dentro de las redes de servicio de salud pública; cabe destacar ejemplos adicionales, como la integración de salud mental en la atención primaria de salud y el desarrollo de servicios de Salud Mental Infante-Juveniles en Cuba; el "Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental" en México; el desarrollo de servicios de Salud Mental basado en la utilización de enfermeras, calificadas en Belice y Jamaica; la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua; y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá, todos estos, grandes desarrollos que han tenido efecto a nivel nacional en la organización y prestación de los servicios de salud mental.

Marco legislativo Colombiano en materia de Salud Mental

Con el objeto de realizar un descripción del marco legislativo Colombiano en materia de Salud Mental, se presenta a continuación un breve esbozo en materia económica y social de la evolución del país entre 1990-2010, resaltando que la tasa de crecimiento de la economía en Colombia, con pocas excepciones, siempre ha superado la tasa de crecimiento de la población, reflejado en el ascenso del coeficiente Gini, es decir, los beneficios del crecimiento, muestran una tendencia a concentrarse dando como resultado una sociedad altamente jerarquizada e inequitativa en términos económicos. El entorno político, económico y social se agudizó con el crecimiento de la población, la migración rural, la visibilización de las formas de violencia, la aparición y disolución de algunos movimientos guerrilleros y de autodefensas, la presencia del narcotráfico y los escándalos por la corrupción en el Sistema, hechos significativos ocurridos durante el

periodo de estudio. Regiones como la del Pacífico sufrieron el despojo de tierras por medio de la violencia, fueron víctimas de exclusión política y económica, discriminación racial y altos índices de necesidades básicas insatisfechas, que tuvieron como consecuencia un aumento de la conducta suicida en algunas comunidades indígenas del Cauca, el Alto Baudó en Chocó, los Pueblos Embera Chamí de Antioquia y Risaralda, el pueblo Embera Katío de Córdoba, y en varios pueblos indígenas del Vaupés.

De acuerdo al informe nacional de Desarrollo Humano Colombia (2003), el PIB creció a un promedio anual de 4.6 por ciento entre 1950 y 1995 con un decrecimiento excepcional del producto calculado en 4.2 negativo para el año 1999 (conocido como el gran derrumbe en la historia económica nacional) durante la Administración de Andrés Pastrana Arango. Respecto a la solución de las condiciones sociales de las clases mas pobres, la reducción de las disparidades en la repartición de la riqueza y el ingreso, y la atención de los problemas de la sociedad, no se ha registrado una evolución satisfactoria hasta el momento, a excepción que se considere el aumento de la expectativa de vida como un indicador de esto.

En materia de empleo, en el período objeto del presente estudio las tasas de desempleo abierto oscilaron entre un 8% y un 12%. El sector educativo reportó durante este periodo una notable ampliación de la brecha entre la educación pública y privada, y un bajo porcentaje de programas acreditados en educación superior.

Por otra parte, al ser la salud el resultado del desarrollo social, se encuentra constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad a nivel individual y colectivo. Un ejemplo de esto lo constituyen las Políticas y los Planes de Salud Pública, ambos expresiones concretas de una política pública de Estado que reconoce la salud como derecho fundamental y expresión del desarrollo humano, siendo las prioridades en salud pública, las normas para la detección temprana y prevención de la enfermedad bajo los principios de universalidad, participación social, garantía de derechos, equidad, respeto por la diversidad; los enfoques de derechos, diferencial, determinantes sociales y poblacional y orientaciones hacia la atención primaria en salud, participación social, consulta previa a grupos étnicos, redes intersectoriales y gestión social del riesgo.

De este modo, los criterios para priorizar las dimensiones a abordar provienen normalmente de la decisión política (como la cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable), la decisión técnica (conocimiento), el grado de consenso social (participación), las demandas de grupos de interés en el tema y porque no mencionarlo, de los compromisos políticos. Es así como Colombia ha dado pasos de gigante en el tema de los lineamientos de política de salud mental para lograr la materialización de una política desde la estructura Institucional, cultural (inclusión social), legislativa y desde el análisis de costos.

Para la construcción de la siguiente descripción se tomó como marco de referencia las principales diferencias entre política, ley, decreto, resolución y norma relacionadas en la tabla 3-1 y los principales antecedentes contextuales que anteceden al periodo de estudio 1990-2010.

Tabla 3-1. Diferencias entre Política, Ley, Decreto, Resolución y Norma.

| |
|--|
| Una política se refiere a los planes y procedimientos desarrollados e implementados por el gobierno, organizaciones y asociaciones para lograr los objetivos deseados. |
| Una política de salud es un conjunto de decisiones o compromisos para seguir cursos de acción tendientes a lograr los objetivos definidos y metas para mejorar la salud. |
| Una ley es una regla o norma elaborada y aprobada por el poder legislativo. En el caso colombiano el Congreso de la República de Colombia es el máximo órgano legislativo del país. |
| Un decreto es un tipo de acto administrativo emanado habitualmente del poder ejecutivo y que, generalmente, posee un contenido normativo reglamentario, por lo que su rango es jerárquicamente inferior a las leyes. |
| Una resolución es un fallo o providencia de una autoridad. Una resolución judicial es el acto procesal proveniente de un tribunal, mediante el cual resuelve las peticiones de las partes, o autoriza u ordena el cumplimiento de determinadas medidas. |
| Una norma jurídica es una regla u ordenación dictada por la autoridad competente que impone deberes y confiere derechos. |

Fuente: elaboración propia.

Según Ardón-Centeno y Cubillos-Novella (2012) los grandes logros en el tema de salud se ubican a partir de 1963, cuando se determinan las funciones de la Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica en el Ministerio de Salud Pública con el Decreto 3224 y en 1965 el Consejo Nacional de Salud Mental; el establecimiento de la política oficial de implantar unidades de salud mental en los hospitales generales en 1967 con la Resolución 679; y la creación en 1974 de las secciones de prevención, promoción y programas asistenciales de la División de Salud Mental.

En la década del 80 se dio inicio a profundas reformas al Estado, la descentralización política, administrativa y económica que comenzó en el periodo de gobierno 1982-1986, la elección popular de alcaldes y posteriormente de gobernadores. Sobre el tema de salud mental se llevó a cabo el primer macrodiagnóstico de salud mental (Ardón-Centeno y Cubillos-Novella, 2012).

A continuación se presenta la descripción de los principales acontecimientos políticos, económicos y sociales a nivel nacional, ubicados según periodo de gobierno entre 1990-2010 en forma de línea de tiempo.

La Revolución Pacífica: Plan de desarrollo económico y social 1990-1994. César Gaviria Trujillo.

Los objetivos del Plan fueron disminuir la intervención del Estado haciendo que éste se concentrara en sus funciones básicas; elevar el ingreso y el nivel de vida de los grupos necesitados; obtener una tasa de crecimiento del cinco por ciento anual promedio y doblar del ingreso per cápita. Con la Ley 10 de 1990 el sector salud inició su proceso de adaptación al modelo enmarcado en la seguridad social, de corte descentralizado y con participación del sector privado. Hasta este momento, más que un sistema, existían varios sistemas con estructura, actores y funcionalidad diferentes a nivel de modulación, articulación, prestación y financiamiento (República de Colombia, Congreso Nacional, 1990). La Ley 10 declaró la salud como un servicio público y definió los servicios de urgencia que se debían prestar obligatoriamente a la población, obligó a los gobernadores a responder por la política regional de salud y por la administración de sus

hospitales, estableció los servicios básicos gratuitos y creó la participación comunitaria (República de Colombia, Congreso Nacional, 1990).

En 1991 se aprueba la nueva Constitución Política de Colombia como resultado de un momento de negociación, e inspirada en el discurso contemporáneo de los derechos humanos, tomando como fundamento el respeto a la dignidad humana. La salud fue considerada como un servicio público desde la visión asistencialista que incluyó la transferencia de recursos hacia los departamentos y municipios del país con porcentajes definidos para salud y educación, se ordenó el pluralismo o aceptación del mercado en la prestación de los servicios. Se definieron los lineamientos a favor de la salud y se establecieron puntos específicos relacionados con el disfrute de la salud mental, como el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la protección de la familia; la protección de las personas con discapacidades, de los niños especialmente menores de edad con enfermedad mental, de las mujeres y niños contra las formas de violencia.

No obstante, la realidad social, política, económica y cultural del país se caracterizaba por una débil integración política y una herencia de exclusiones diversas a nivel racial, regional, sexual y de género. De acuerdo con Sarmiento (2004), la organización social colombiana en ese momento estaba caracterizada por la debilidad de la racionalidad pública, frente a la preponderancia de la racionalidad privada, determinando la lógica con la cual se conforman y regulan muchas cuestiones del ámbito de lo público.

En 1992 se aprueba la Resolución 2417 sobre los derechos de las personas con enfermedad mental. En 1993 se ratifica la Ley 65 por la cual se señaló que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tenían el carácter de centros asistenciales y podían especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción.

En 1993 fue expedida la Ley 100 por la cual se reformó el anterior Sistema Nacional de Salud (SNS) y se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creando un cuasi mercado para la prestación de servicios de salud. Entre los elementos que la enmarcaron es posible destacar la crisis fiscal del Estado, el derrumbe del modelo de estado benefactor, la globalización del capital internacional que buscaba nuevos mercados más rentables, la flexibilización de las formas de contratación de la fuerza de trabajo para conseguir mano de obra más barata y la presión de los organismos de la banca internacional para ajustar el modelo de desarrollo del país a todo lo anterior (República de Colombia, Congreso Nacional, 1993).

El SGSSS fue concebido bajo la filosofía de que las fuerzas del mercado imperfecto de la salud, si se regulan por el Estado, pueden alcanzar un óptimo beneficio social. En la parte estatal del sistema se crearon, a nivel central, tres organismos con competencias y funciones de ley. En orden de competencias el primero de ellos es el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que es la máxima autoridad de la dirección del sistema y cuyas competencias son, entre otras, la de diseñar y actualizar el contenido del Plan Obligatorio de Salud (POS) y fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

El SGSSS colombiano está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo (RC), vincula a los trabajadores formales, los trabajadores

independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El segundo, denominado régimen subsidiado (RS), vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

El SGSSS cuenta con tres tipos de entidades para administrar y prestar los servicios de salud, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS, hoy EPS-S), y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas entidades contratan directamente a las IPS: hospitales o centros de salud, incluyendo así a las EPS y las ARS y se comportan como compañías aseguradoras: administran riesgos y reciben dinero que remunera este servicio.

Para ambos regímenes se brinda la atención de urgencias, el tratamiento inicial y la estabilización del paciente, sin someterlo a períodos de espera, incluyendo dentro de esto las urgencias psiquiátricas. Según la misma ley el paciente psiquiátrico deberá ser internado solamente durante la fase aguda de su patología o cuando esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o de la comunidad. Por lo cual deberá ser manejado de forma preferente en programas de hospital de día. En la estancia hospitalaria se contemplan tanto instituciones psiquiátricas como unidades de salud mental, e incluye además de los servicios básicos, los de terapia ocupacional recreativa y de grupo y la atención médica especializada. El acceso a la atención en salud mental, reglamentado en esta misma ley requiere consultar primero al médico general y, para la consulta por especialista, es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Exceptuando los casos de urgencias psiquiátricas.

El salto social, Plan de Desarrollo 1994-1998.

Ernesto Samper Pizano.

Después de Gaviria, empieza un período de mayor formalidad jurídica y de una activa participación del Congreso. Se hace evidente un énfasis en la salud mental promovido por la OPS/OMS, que intenta trascender la enfermedad, así como en la elaboración de políticas en esta misma línea.

Los objetivos del salto social eran lograr que la política social jugara un papel protagónico en el desarrollo nacional, consolidar al Estado como orientador del desarrollo, lograr mayores niveles de equidad, impulsar una política de empleo por medio de instrumentos macroeconómicos, la pequeña propiedad y la capacitación laboral, alcanzar un crecimiento de la economía entre 5.2 y un 5.7 y de un 3.7 por ciento del ingreso per cápita en el período del plan e impulsar el empleo productivo y la educación entre otros. El plan Samper, 1994–1998, bajo los efectos de una demanda de inconstitucionalidad, fue declarado exequible por la Corte Constitucional.

En 1994 se aprobó la Ley 115 por medio de la cual se definieron los objetivos respecto a la educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, higiene y la prevención integral de problemas socialmente relevantes.

Cambio para construir la paz, Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Andrés Pastrana Arango.

Llama la atención que una vez demandada la Ley del Plan, la Corte Constitucional lo declaró inexecutable, motivo por el cual el Gobierno acudió a la ley y mediante un decreto lo aprobó como Plan de Inversiones del Gobierno. Sus objetivos eran alcanzar crecimiento sostenible con cohesión social y paz, reducir el desempleo, contribuir a la generación de una cultura de paz, promover social y económicamente a la población y mejorar la eficiencia y equidad en la asignación de los recursos públicos (República de Colombia, 1998).

Un hito fundamental de este periodo de gobierno es la Política Nacional de Salud Mental 1998 acogida mediante Resolución 2358. Esta política integró los factores condicionantes biológicos, ambientales, comportamentales, sociales, políticos, económicos y culturales y el nivel de salud a través de la promoción de la salud mental y la prevención de la aparición de la enfermedad mental y la reorientación de la prestación de los servicios de salud mental en el contexto del SGSSS, el fomento de la investigación y el fortalecimiento de la oferta de servicios.

Se destaca la creación de las Unidades de Atención Integral para Conductas Adictivas (UAICA), respuesta inmediata originada por los antecedentes contextuales de Colombia, como país productor y consumidor de sustancias psicoactivas y el nacimiento del sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA), con el cual se buscó el fortalecimiento de la promoción de la salud mental, prevenir y detectar precozmente los trastornos mentales; coordinar el proceso de gestión a nivel intersectorial e intrasectorial y establecer mecanismos de seguimiento, control y evaluación, que permitieran transformar el sistema de manera eficiente, adecuada, humanizada y equitativa para la población.

Según Ardón-Centeno y Cubillos-Novella (2012) para desarrollar estos objetivos la política en mención propuso actuar, conjuntamente con el componente de vigilancia en salud pública y con la investigación epidemiológica, sobre cuatro aspectos fundamentales: factores psicosociales y conductuales que influyen en la salud y en el desarrollo de la población; promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades psiquiátricas; control de los trastornos psiquiátricos, estimulando las iniciativas legislativas al respecto y apoyando la formación del recurso humano; y la evaluación de programas y servicios de salud mental. Desafortunadamente, la escasa difusión y los cambios continuos generados por la adopción del SGSSS no lograron su plena implementación.

Finalmente, respecto a la Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, se resalta el artículo 42 según el cual, corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del SGSSS en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional.

Hacia un estado comunitario, Plan de Desarrollo 2002-2006.

Álvaro Uribe Vélez.

El Plan adoptó cuatro objetivos fundamentales centrados en la seguridad democrática (control del territorio nacional, combate a las drogas, fortalecimiento de la justicia, desarrollo de zonas comprimidas, protección de los derechos humanos, fortalecimiento de la convivencia y los valores); el crecimiento económico sostenible y la generación de empleo (como medios, se establecieron la vivienda y la construcción, explotación de hidrocarburos, transportes, servicios públicos, ciencia y tecnología, sostenibilidad ambiental, política comercial); la equidad social y la eficiencia y transformación del Estado (República de Colombia, 2002).

La Ley 790 de 2002 ordenó la fusión el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud en el Ministerio de la Protección Social, con lo cual se generaron nuevos marcos de trabajo para el sector de la salud. Entre los años 2003 y 2004, el Ministerio de la Protección Social —con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES— desarrolló el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, el cual permitió, además de delinear un panorama epidemiológico, establecer relaciones entre salud mental, condiciones socioeconómicas, estado de salud general, medio ambiente social y grado de vulnerabilidad. En el año 2004, y en respuesta a la indicación de llevar a cabo diagnósticos y planes territoriales en salud mental, se expidió la Circular Externa número 0018 del 2004. Luego de este diagnóstico se buscó reformular la Política Nacional de Salud Mental que había sido diseñada en el año 1998, construyendo los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia (2005) señalando un conjunto de acciones intersectoriales, que incluye objetivos, principios y recomendaciones entendidas desde el modelo del Pluralismo Estructurado para su adecuada integración al SGSSS a partir del reconocimiento de los costos de la enfermedad mental y de las funciones de modulación y acción intersectorial. La población blanco identificada por este documento estaba constituida por las personas con trastornos mentales, las personas con problemas psicosociales y la población en general. Los lineamientos se encaminaban a promover la salud mental, prevenir los impactos negativos de los problemas psicosociales y reducir el impacto negativo de los trastornos mentales. Para ello se basaron en los principios orientadores de continuidad, integración funcional, respeto por las diferencias, promoción y protección de los derechos humanos y participación de los pacientes, las familias y las comunidades. Las líneas de acción priorizadas fueron: organización de los servicios de salud mental; provisión de servicios; inclusión social; recursos humanos; vigilancia de eventos y servicios de salud mental; e investigación en asuntos prioritarios de salud mental.

Finalmente, los lineamientos presentan una serie de estrategias centradas en el desarrollo de modelos de gestión de servicios básicos en salud mental, aplicables en todos los municipios del país; la integración de actividades, procedimientos e intervenciones básicas en el primero y en el segundo nivel de complejidad; el fortalecimiento de instituciones que prestan servicios de salud mental en el tercero y en el cuarto nivel de complejidad; el fortalecimiento de servicios de salud informales y de

aquellos ofrecidos por entidades privadas sin ánimo de lucro; y el fortalecimiento de los lazos entre los servicios de salud mental de los diferentes niveles. Por otra parte, el Ministerio de la Protección Social, publicó la Guía para la Planeación del Componente de Salud Mental en los Planes Territoriales de Salud (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2005) donde se presentan distintos abordajes para los conceptos de salud mental, desarrollo y planeación.

Estado comunitario: Desarrollo para todos. Plan de Desarrollo 2006-2010. Álvaro Uribe Vélez

Planteó como objetivos consolidar un crecimiento económico elevado para generar empleo y distribuir sus beneficios a todos los colombianos, con énfasis en la reducción de la pobreza, equidad, competitividad, desarrollo sostenible, profundización de la descentralización, fortalecimiento de la democracia y afianzamiento de los logros de la Política de Defensa y Seguridad Democrática para seguir elevando la confianza en el país y las instituciones. Se resalta su interés por proteger y garantizar el respeto de los derechos humanos y establecer una gestión de riesgo orientada no sólo a la atención, sino prioritariamente a la prevención, lo cual generó una serie de conectores con la salud pública y dentro de ella con la salud mental reflejados en su relación con la creación de la Política de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, acciones dirigidas a la protección de la población infantil, a la atención integral de poblaciones vulnerables como lo son las personas en situación de desplazamiento y a la atención a la violencia intrafamiliar y de género (acciones individuales y colectivas de salud pública).

Se crea la Ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia, la cual identifica necesidades específicas, no sólo por ciclo vital, sino también apuntando a la defensa de derechos de este grupo.

En 2007, la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), por medio de un contrato con el Ministerio de la Protección Social, estructura una propuesta de Política Nacional del Campo de la Salud Mental (2007). Para esta política, la salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional y, por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y que genera capital global conformado por los capitales social, cultural, simbólico y económico. En ella, la salud mental es una construcción dinámica y multidimensional, determinada y determinante; es, a la vez un fin, un medio y un producto. Un fin, en cuanto al bien con el que se cuenta; un medio para el desarrollo individual y colectivo, el incremento de capitales y el ejercicio de los derechos; y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2007).

En 2007 el Ministerio de la Protección Social, con la participación de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, también presentó la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2007), aprobada por el Consejo Nacional de Estupefacientes. Además, con base en la Resolución 014 de 2008 de ese Consejo, se crean las comisiones técnicas interinstitucionales para la formulación de una política nacional antidrogas de carácter integral y se estructura el Plan Nacional

de Reducción del Consumo de Drogas (República de Colombia, Dirección Nacional de Estupefacientes, Consejo Nacional de Estupefacientes. Resolución 014 de 2008).

Por su parte, derivado de la Ley 1146 de 2007 se expidieron normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de niños y adolescentes abusados sexualmente, además de la creación del Comité Consultivo Interinstitucional de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual, adscrito al Ministerio de la Protección Social (Congreso de la República de Colombia. Ley 1146 de 2007).

La Ley 1122 de 2007 mediante la cual la Dirección de Salud Pública viabiliza la APS desde un modelo de aseguramiento que entre las disposiciones principales ubicaba la propuesta de evaluación de la gestión por medio de indicadores, dadas las situaciones financieras y de prestación de servicios a la población que se exponen afectadas. Así mismo surgió la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual es una entidad de carácter asesor para el gobierno, encargada de definir y evaluar a nivel técnico-científico el POS, el valor unitario de pago, pagos moderadores, sistemas de tarifas, que presentan un carácter administrativo para el sistema. Dispuso la regulación de la prestación de los servicios de salud y reconoció a la salud pública su papel relevante dentro del sistema, dado que es la encargada de brindar la información acerca de los factores de riesgo de la población y por tanto de retroalimentar el Plan Nacional de Salud Pública.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007/2010 – creado por la Ley 1122 se documenta en el Decreto 3039 de 2007, donde se definen las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales y las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial. El Plan se entiende como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales, estableciendo tres enfoques básicos para su desarrollo: poblacional, de determinantes y de gestión social del riesgo.

Modelo del Componente de Salud Mental en Atención Primaria en Salud APS (2008) describe las generalidades de gestión para el componente de Salud Mental en APS, brindando los lineamientos para la gestión de las competencias, intervenciones, estrategias y proyectos que llevarán a cabo los diferentes actores del SGSSS para dar cumplimiento a las acciones en materia de salud mental propuestas en el Modelo del Ministerio de la Protección Social para el Plan Operativo Nacional en Salud Mental.

El Plan Territorial de Salud Pública se reglamentó mediante la Resolución 0425 de 2008, donde se presentan las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas divididas en Ejes Programáticos y áreas sub-programáticas y se definen las competencias en salud mental de los actores del SGSSS. En el 2009 se creó el Observatorio Nacional de Salud Mental que se encarga de realizar actividades relacionadas con la recopilación, análisis e interpretación de toda la información veraz, actualizada y disponible sobre un conjunto de fenómenos de interés en salud mental que es analizado con el fin de tomar decisiones y orientar las acciones en salud pública.

Finalmente, vale la pena mencionar los avances posteriores al periodo 1990-2010

tales como la Ley 1448 de 2011 también llamada Ley de Víctimas y la Ley 1438 de 2011 o Estrategia de Atención Primaria en Salud que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El último acuerdo de la CRES 029 del 28 de diciembre de 2011 define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivos y subsidiados, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 25 de la ley 1438 de 2011, y lo estipulado por la Honorable Corte Constitucional en la orden Decimo Séptima de la sentencia T – 760 de 2008. El acuerdo incluye en salud mental la atención ambulatoria con psicoterapia individual y grupal, con límite de 30 sesiones por modalidad durante el transcurso del año. El cubrimiento especial a las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica. La inclusión de medicinas alternativas y complementarias y la hospitalización de pacientes con enfermedades mentales hasta 90 días en una o varias hospitalizaciones durante el año.

La Ley 1616 de 2013 tiene como objeto el garantizar a la población el ejercicio pleno del derecho a la salud mental así como el goce efectivo de los derechos humanos de quienes padecen de enfermedad mental. Con la implementación de esta ley se garantizaría a todas las personas la atención integral en salud mental que incluya la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial para los problemas psicosociales y enfermedades mentales.

Ahora bien, al aplicar el protocolo de análisis documental de políticas públicas establecido para identificar el grado de consistencia de la política con los hallazgos en investigación sobre el tema del suicidio dentro del marco de la Salud Mental como prioridad (ver Anexo 1), fue posible configurar la tabla 3-2 en la cual se incluyen los lineamientos políticos y su breve definición temática.

Como se observa en la tabla 3-2 todos los documentos relacionados corresponden a políticas en su mayoría legislativas de nivel nacional, que retratan el establecimiento de la agenda política, la formulación y las recomendaciones para la implementación de una política de salud mental dentro del SGSSS. Una vez revisado el material recopilado se procedió a identificar en el contenido de los documentos, la consistencia del corpus con el conocimiento científico, como evidencia que soporta la identificación de un problema, o como base de construcción de los objetivos, estrategias, acciones, soluciones, paradigmas y enfoques predominantes en la política pública de Salud Mental.

Tabla 3-2. Resumen de Leyes, Decretos, Resoluciones y acuerdos que regulan la salud mental en Colombia 1990-2010

| Avances posteriores a 2010 | |
|-----------------------------------|--|
| Ley 1616/2013 | Ley de Salud Mental leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. |
| Ley 1438/2011 | Estrategia de Atención Primaria en Salud que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad. |
| Ley 1450/2011 | Por medio de la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014. |
| Leyes | |
| Ley 1361/2009 | Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia |
| Ley 1122/2007 | Establece a cargo de las EPS, la responsabilidad de cumplir con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud y de implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y que éstos sean evaluados por resultados. |
| Ley 1151/2007 | Mediante la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo para el cuatrienio de 2006 al 2010 define los derroteros fundamentales, a los cuales apunta el país para superar sus situaciones más críticas. Así genera una serie de conectores con la salud pública y dentro de ella con la salud mental que se reflejan en su relación con la prevención del consumo de sustancias, la violencia intrafamiliar y el suicidio. |
| Ley 1146/2007 | Establece normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de niños y adolescentes abusados sexualmente |
| Ley 1098/2006 | Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia. |
| Ley 790/2002 | Por la cual se reforma parcialmente la Ley 100 de 1993. El artículo 33 menciona que el Plan Nacional de Salud Pública debe incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental; la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio; y el tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia. |
| Ley 715/2001 | Por la cual se define la distribución de recursos del Sistema General de Participaciones y las competencias de las entidades territoriales en materia de salud pública. |
| Ley 115/1994 | Por la cual se expide la Ley General de Educación |
| Ley 100/1993 | Define los principios, la estructura y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las normas administrativas y de control y las responsabilidades de los actores para cumplir con su aplicación. |
| Decretos | |
| Decreto 0133/2010 | Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones. |
| Decreto 0132/2010 | Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. |
| Decreto 4976/2009 | Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos que permitan garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud de la población beneficiaria. |
| Decreto 4975/2009 | Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social. |
| Decreto 3039/2007 | Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 |
| Decreto 205/2003 | Por medio del cual se estructuran y se definen las funciones del Ministerio de la Protección Social. |
| Decreto 1108/1994 | Por medio del cual se reglamenta el consumo de SPA. |
| Resoluciones | |
| Resolución 0425/2008 | Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución y seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. |
| Resolución 412/2000 | Por la cual se reglamenta el Acuerdo 117/1998, en lo relativo a la demanda inducida, protección específica y detección temprana. Permite la definición de las normas técnicas y las guías de atención integral (Guía de atención a la mujer y menor maltratada y normas técnicas sobre crecimiento y desarrollo). |
| Resolución 2358/1998 | Por medio de la cual se acoge la Política Nacional de Salud Mental. |
| Resolución 3997/1996 | Por medio de la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las |

| | |
|------------------------------------|---|
| | acciones de promoción y prevención en el SGSSS. |
| Resolución 03913/1994 | Por la cual se adoptan unas medidas sanitarias en desarrollo de políticas de salud mental en lo relativo a la adquisición y distribución de los fármacos básicos. |
| Resolución 02417/1992 | Por medio de la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental. |
| Resolución 06980/1991 | Por medio de la cual se expiden normas para el control de la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de medicamentos, materias primas y precursores de control especial. |
| Acuerdos y Circulares | |
| Acuerdo 003/2009 | Por el cual se aclaran y se actualizan integral- mente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. |
| Acuerdo 415/2009 | Por medio del cual se modifica la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. |
| Circular 0052/2011 | Intensificación de las acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública en el transporte y en los establecimientos donde se comercializa, distribuye, expende y consume licor; así mismo, incremento de las acciones de prevención y vigilancia epidemiológica de la intoxicación metélica. |
| Circular Externa 00018/2004 | Se establecen los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública. Define como una acción prioritaria para el país de conformidad, con el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715/2001, la reducción del impacto de la violencia y la implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. |

Fuente: elaboración propia.

Capítulo 4. Las voces de los actores

Se consideran actores sociales todos aquellos individuos u organizaciones que tienen interés en el tema de la salud mental en Colombia y específicamente en el tema del suicidio; cuyas opiniones, intereses, recursos y poder de toma de decisiones son diversos. Cada actor social construye su propia representación de los problemas que lo rodean, de acuerdo con las estructuras normativas, las prácticas sociales y las instituciones en las que ejerce su ciudadanía y vive su cotidianidad.

El análisis que se presenta a continuación se compone de dos fases a saber, la de construcción del mapa de actores o análisis de involucrados y la de análisis de los resultados de la entrevista. El análisis de involucrados o mapa de actores (ver Anexo 2), buscó identificar los actores involucrados en el proceso de diseño de las políticas públicas de salud mental revisadas en el capítulo anterior, a través de la minuciosa lectura de los documentos políticos y de las ponencias para debate en relación con el tema de salud mental y conducta suicida. También se tuvo en cuenta la participación de actores en acciones recientes como la creación del Observatorio Nacional de Salud Mental, la realización de foros nacionales sobre suicidio y su prevención, y la constitución de la mesa nacional de prevención del suicidio conformada en el Foro Nacional de Suicidología el 6 de octubre de 2011 en la Comisión Séptima del Senado de la República.

El análisis de involucrados o mapa de actores

Para la fase correspondiente al análisis de los actores, se utilizaron las categorías relaciones predominantes y niveles de poder, donde la categoría “relaciones predominantes”, definida como las relaciones de afinidad o confianza sobre el tema de suicidio y Salud Mental, consideró los aspectos contenidos en la tabla 4-1:

Tabla 4-1. Aspectos de la categoría Relaciones predominantes.

| |
|---|
| A favor: predomina las relaciones de confianza y colaboración mutua |
| Indeciso/indiferente: Predomina las relaciones de afinidad pero existe una mayor incidencia de las relaciones antagónicas. |
| En contra: el predominio de relaciones es de conflicto. |

Nota: Fuente elaboración propia.

Por su parte, la categoría “jerarquización del poder” se definió como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones emprendidas, incluyó los niveles de poder descritos en la tabla 4-2.

Tabla 4-2. Aspectos de la categoría Jerarquización del poder. Fuente elaboración propia

| |
|--|
| Alto: predomina una alta influencia sobre los demás |
| Medio: La influencia es medianamente aceptada |
| Bajo: no hay influencia sobre los demás actores |

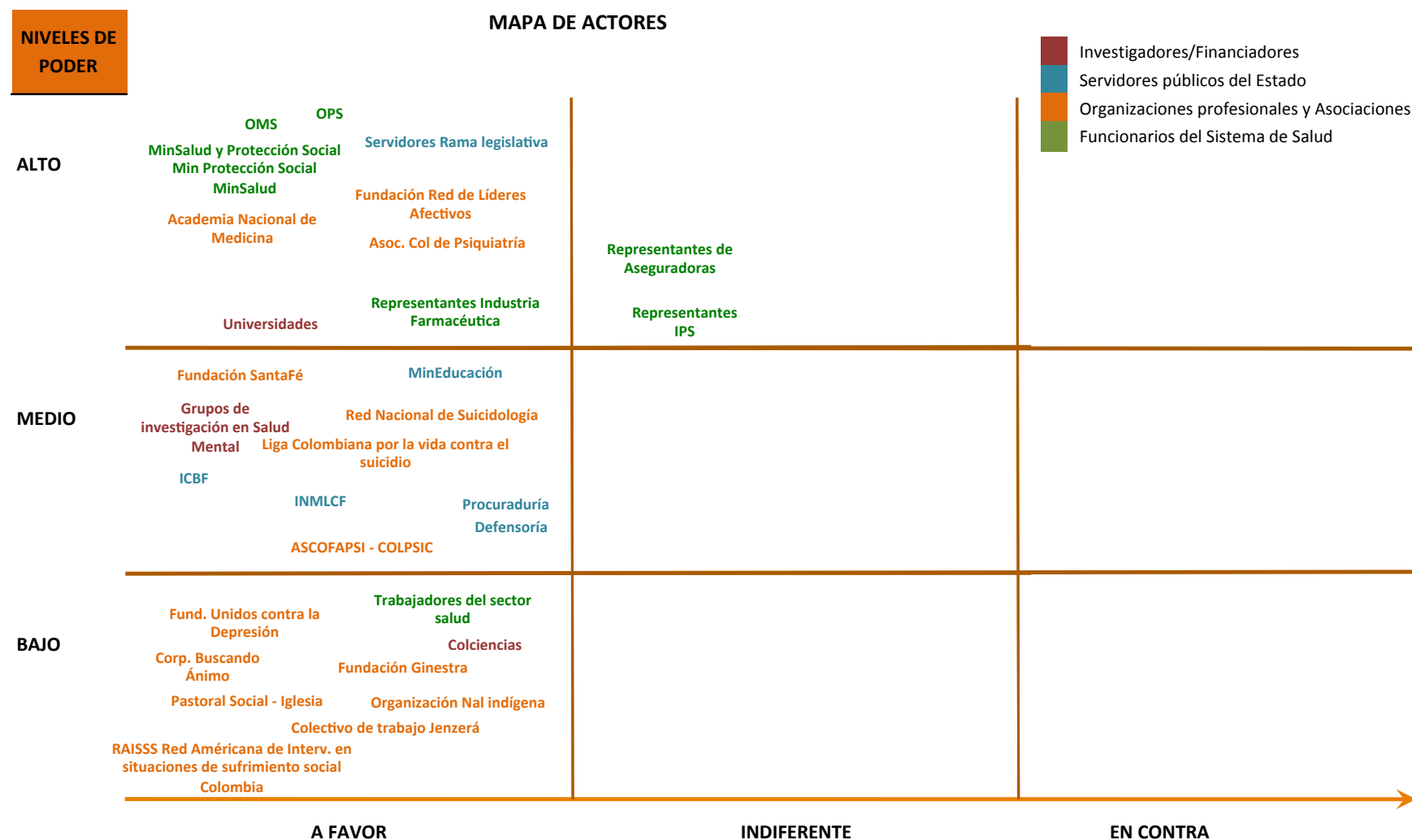
Nota: Fuente elaboración propia

Posteriormente, se elaboró un cuadro de doble entrada en donde cada fila (eje vertical) indica uno de los tres grados de poder que puede poseer cada actor (alto, medio, bajo) y cada columna (eje horizontal) describe la posición de cada actor respecto a la elaboración de políticas de salud mental (ver Figura 4-1). De este modo, mediante triangulación entre investigador principal e integrantes del grupo de investigación Biopsiquismo y Sociedad, se procedió a ubicar cada actor identificado en el cuadro de acuerdo con su nivel de posición y grado de poder.

Como se observa en la Figura 4-1, dichos actores fueron agrupados en cuatro categorías según afinidad (dichas categorías no son excluyentes entre sí, pues algunos actores pueden pertenecer a dos al mismo tiempo) con el objetivo de facilitar las posteriores comparaciones intergrupales. Así, con el color rojo se identificó el grupo de investigadores/financiadores (personas cuya actividad principal es como investigador/financiador o investigador en una institución de educación superior, los investigadores de los *think tanks* o consultores pertenecientes a organizaciones no académicas).

Con el azul se identificó el grupo de los servidores públicos del Estado (personas cuya actividad principal es como servidor público en el Estado en sectores diferentes al de salud como el de educación), con el naranja las organizaciones de profesionales y asociaciones (incluye las asociaciones de profesionales, las fundaciones y organizaciones que trabajan en la prevención del suicidio, los cuidadores de pacientes con intento de suicidio y/o enfermedad mental y representantes de asociaciones de pacientes) y con verde el grupo de personas cuya actividad principal tiene lugar en el sistema de salud o está relacionada con este (trabajadores del Ministerio de Salud y Protección Social, prestadores de servicios y profesionales en atención de salud mental entre otros).

Figura 4-1. Mapa de Actores identificados a partir del análisis de las Políticas Públicas sobre Salud Mental, Colombia 1990-2010



Entre los actores identificados en la Figura 4-1 en la categoría a favor y con mayor poder, se ubican la OPS/OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, los servidores de la rama legislativa y ejecutiva, la Academia Nacional de Medicina, la Fundación Red de Líderes Afectivos, la Asociación Colombiana de Psiquiatría, los representantes de la Industria farmacéutica y las universidades públicas y privadas que participan a través de sus grupos de investigación.

Como se mencionó en el capítulo anterior, pese al posicionamiento tardío de Colombia sobre la prevención del suicidio en la agenda de salud pública en 2006, a partir del reconocimiento de la necesidad de desarrollar planes de acción de amplio alcance para enfrentar el problema, la definición de Salud Mental y las lesiones de causa evitable (dentro de ellas la conducta suicida) como prioridades nacionales en salud y la adopción de la estrategia APS; con gran dificultad (por la dispersión de la información) se logró identificar los actores nunca antes mencionados como la organización nacional indígena de Colombia, el colectivo de trabajo Jenzerá y la Pastoral Social de la Iglesia Católica entre otras.

Análisis cualitativo de la entrevista semiestructurada

Sobre la base de las consideraciones anteriores, se procedió a elaborar una base de datos de actores representantes de las instituciones y grupos identificados, y a depurarla teniendo en cuenta los siguientes criterios para llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas con representantes de cada uno de los grupos de poder identificados. Para el sector integrado por investigadores-académicos y financiadores, el criterio fue pertenecer a alguno de los grupos de investigación reconocidos por Colciencias en las categorías A, B y C descritos en el capítulo 2. Para el grupo de los servidores públicos del Estado, el criterio fue ejercer o haber ejercido entre 1990-2010 cargos en la rama legislativa, ministerio de educación, procuraduría, defensoría, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) o el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

El criterio para el grupo de actores que hacen parte del sistema de salud fue ejercer o haber ejercido cargos estratégicos entre 1990-2010 en las organizaciones del sector salud a nivel nacional. Para el grupo de organizaciones profesionales y otras asociaciones, la selección tuvo en cuenta el hacer parte de asociaciones de profesionales en psiquiatría y psicología, y corporaciones, fundaciones, colectivos, redes y demás formas de organización profesional y no profesional que participe o haya participado en las diversas discusiones y formulación de propuestas políticas en relación con la conducta suicida y la Salud Mental.

El contacto a través de correo electrónico fue una tarea ardua que no tuvo muy buena respuesta, pues la presente investigación se trata de una investigación independiente; así que requirió el contacto cara a cara y el uso de la técnica bola de nieve para lograr ubicar otros actores en caso de que el actor seleccionado no aceptara participar de manera voluntaria.

Transcurrido un año de recorridos, tras haber contactado a 71 actores identificados, 21 de ellos aceptaron participar en la entrevista voluntaria. Si bien la muestra fue bastante limitada permitió dar cuenta de las representaciones de los actores

del sistema sobre el rol del conocimiento científico en las políticas de salud mental en Colombia entre 1990-2010. En la tabla 4-3 se ilustra la distribución de los participantes.

Tabla 4-3. Composición de la muestra actores sociales que aceptaron participar de manera voluntaria en la fase de entrevistas.

| Composición de la muestra de actores | |
|---|----------------------------|
| Tipo de organización | Cantidad de sujetos |
| Investigadores/financiadores | 7 |
| Servidores públicos del Estado | 3 |
| Organizaciones profesionales y otras asociaciones | 6 |
| Funcionarios del sistema de salud | 5 |

Nota: Fuente elaboración propia.

De estos 21 actores su composición por sexo es de 14 hombres y 7 mujeres, con una edad promedio de 37 años, todos con grado profesional y estudios de posgrado en áreas como derecho, epidemiología y psiquiatría entre otras. Se obtuvieron 3 horas de grabación (17 de los 21 actores no autorizaron ser grabados durante la entrevista), que posteriormente fueron transcritas y codificadas con el objetivo de garantizar la confidencialidad de los participantes en la investigación, asignando caracteres alfanuméricos para identificar edad, género y grupo.

El corpus obtenido fue analizado utilizando las estrategias de codificación abierta, axial y selectiva (Charmaz, 2000) propias de la teoría fundamentada, que permitieron la construcción de análisis conceptuales y reflejaron la valoración de las ideas expresadas por quienes participaron en las entrevistas. A través del método de la comparación constante se procedió a la codificación y el análisis de los datos de forma simultánea contrastando las categorías surgidas a lo largo del análisis.

El proceso de codificación abierta facilitó la identificación de conceptos, la codificación axial permitió enlazar los códigos de acuerdo a sus propiedades y dimensiones, y la codificación selectiva permitió integrar y refinar las categorías. Para respaldar el proceso de comprensión de la información y la construcción de categorías, se llevó a cabo la revisión de los siguientes documentos, entre otros: Ley 100 de 1990, Política Nacional de Salud Mental de 1998, Lineamientos política Nacional de Salud Mental para Colombia 2005, Ley 1122 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública 2007, Política de Campo de la Salud Mental 2007, Modelo del Componente de Salud Mental en APS 2008, Resolución 2646 de 2008 Riesgo psicosocial del trabajador, Ley 1448, Ley 1257/2008, la Sentencia T 760 de 2008 y el Acuerdo 008/2009, la Ley 1616/2013 y el documento síntesis para la elaboración del Plan Nacional de prevención y atención integral a personas con conducta suicida (2012), los cuales sirvieron para guiar el proceso inicial de codificación, pero en el cual primaron las ideas expresadas por los participantes en la entrevista.

La entrevista varió de acuerdo al perfil del actor pero se interesó por explorar tres dimensiones previamente definidas: los problemas asociados a la conducta suicida, el rol del conocimiento científico en las Políticas de Salud Mental 1990-2010 y las prioridades en investigación sobre conducta suicida de acuerdo a las necesidades sentidas (ver Anexos 4 y 5). A continuación se presentan los resultados obtenidos en para cada dimensión.

Dimensión “problemas asociados a la conducta suicida”

Producto de encuentros y desencuentros identificados en las respuestas de los actores sociales, se procedió a extraer la información y a elaborar con ella un árbol de problemas relacionado en la Tabla 4-4.

Respecto a las causas, predomina una tendencia generalizada hacia la identificación de factores de riesgo de la conducta suicida y enfermedad mental desde una perspectiva epidemiológica; hallazgo que guarda estrecha relación con lo encontrado en la revisión de la literatura presentada en el capítulo 2, seguido del reconocimiento de aspectos como:

“...la desintegración social, la pobreza y el mal funcionamiento familiar expresado en la falta de comunicación entre padres e hijos, las pautas de crianza inadecuadas y la falta de apoyo social son aspectos frecuentemente relacionados con el origen de las conductas suicidas...” (1H42:23-26)

Otro de los principales factores relacionados con el suicidio, desde el punto de vista de los actores sociales, es el de las diversas formas de violencia asociadas a la poca habilidad para solucionar los conflictos, donde la desintegración social juega un papel fundamental al minimizar el control social y facilitar actitudes positivas hacia la conducta suicida. Para el caso los servidores públicos, se mencionan factores de riesgo importantes como la historia de abuso sexual, de violencia intrafamiliar y en especial hacen referencia al papel de los medios de comunicación en el manejo de información sobre suicidio.

“...los medios de comunicación parecen ser un estímulo importante en los casos de suicidio por imitación...” (2H45:31-32)

A nivel de consecuencias, son las secuelas físicas y psicológicas después de un intento de suicidio las más mencionadas, al igual que el estigma social que recae sobre quienes intentan suicidarse, como en quienes sobreviven al suicidio de un familiar:

“...son los sobrevivientes al suicidio quienes realmente sufren el peso del estigma social, el rechazo por parte de la comunidad y la sensación de estar siendo señalados por lo ocurrido...” (1M35:29-31)

En relación a los problemas relacionados con la conducta suicida en los niveles individual, familiar y comunitario se resalta nuevamente los factores biológicos, la presencia de enfermedad mental (que incluye los trastornos de personalidad), la baja autoestima y la baja capacidad de resolución de problemas acompañada de desesperanza. La desestructuración familiar, los estilos de crianza, las formas de violencia intrafamiliar y los problemas de comunicación aparecen en el nivel familiar; mientras que la desintegración social y estigma son referenciados en el nivel comunitario.

Se identifican otros aspectos como el acceso a la información y la educación, que señalan la importancia de disponer de información de calidad sobre factores de riesgo y protección a disposición de los colombianos, la necesidad de capacitación en temas de salud que faciliten la exigencia de derechos y la toma de decisiones en salud.

Tabla 4-4. Problemas asociados a la conducta suicida en Colombia desde la perspectiva de cuatro grupos de actores sociales.

| PROBLEMAS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| GRUPO | Causas | Consecuencias – Efectos | Individuo | Familia | Comunidad |
| Investigador/financiador | 1. problemas de salud 2. problemas familiares 3. problemas sociales 4. problemas económicos 5. problemas personales 6. fallas del SGSSS | 1. Secuelas físicas y psicológicas 2. Enfermedad mental 3. Bajos niveles de autoestima 4. Estigma social 5. Rechazo social 6. Relaciones afectivas conflictivas 7. Decepciones amorosa 8. Rechazo familiar 9. Problemas de comunicación 10. Relaciones afectivas deficientes en el hogar 11. Patrones de crianza inadecuados 12. falta de información | 1. problemas en el organismo 2. desórdenes de comportamiento 3. bajos niveles de autoestima | 1. rechazo familiar 2. problemas de comunicación 3. Relaciones afectivas deficientes en el hogar 4. Dialogo deficiente o incomunicación 5. patrones de crianza inadecuados | 1. Rechazo social 2. falta de información, desconocimiento del tema 3. Dificultades para relacionarse en grupo 4. Desprecio de la comunidad |
| Servidor público en el Estado en sectores diferentes al de salud | 1. Intolerancia 2. Maltrato infantil 3. Falta de dialogo 4. Violencia intrafamiliar 5. Abuso sexual 6. Medios de comunicación | 1. Estigma social 2. afecta a la convivencia 3. afecta a la salud 4. afecta a la comunicación 5. pérdidas del respeto. 6. dificultades en la formación de los hijos 7. presencia de violencia | 1. Enfermedad mental 2. bajos niveles de autoestima 3. maltrato físico 4. maltrato psicológico 5. Altos costos | 1. falta de comunicación y dialogo 2. dificultades en la formación de los hijos 3. violencia intrafamiliar. | 1. Rechazo 2. Problemas de convivencia 3. dificultades para relacionarse con el entorno. |
| Organizaciones profesionales y otras asociaciones | 1. Problemas del SGSSS 2. Problemas familiares 3. Problemas con la Comunidad 4. problemas económicos 5. problemas personales | 1. Enfermedades 2. Dificultades Familiares 3. Dificultades laborales 4. Problemas de convivencia 5. Bajos niveles de Autoestima 6. Estigma social 7. Decepciones Amorosas 8. Olvido de Problemas | 1. Enfermedad mental 2. Bajos Niveles de autoestima | 1. Inadecuadas formas de comunicación 2. Problemas familiares 3. Problemas económicos | 1. Problemas de convivencia 2. Falta de Apoyo 3. Dificultades para conseguir empleo |
| Su actividad principal tiene lugar en el sistema de salud o está relacionada con este | 1. Enfermedad mental 2. Consumo de alcohol 3. Dificultades familiares 4. Pocas oportunidades para manejo de tiempo libre 5. Depresion 6. Cambios anímicos 7. Falta de Comunicación | 1. Adicción 2. desintegración familiar 3. Agresividad 4. Delincuencia 5. Violencia 6. Muerte | 1. Malas amistades 2. Maltrato 3. Violencia familiar 4. Cambios anímicos | 1. Falta de orientación de los padres 2. Falta de comunicación 3. Falta de afecto | 1. Falta de oportunidades 2. Rechazo |

Nota: Fuente elaboración propia.

En el grupo de organizaciones profesionales y otras asociaciones se hace referencia al sistema de salud como problema estructural, con opiniones diversas sobre el tema de infraestructura, organización y logística, baja calidad de los servicios, falta de humanización en la atención y barreras de acceso impuestas por el mismo sistema.

Predomina en todos los grupos, excepto en el de investigadores/financiadores, la idea de que determinantes sociales como una buena alimentación, acceso a agua, alcantarillado, trabajo digno y bien remunerado y buenos servicios de salud son los determinantes de unas mejores condiciones de vida y por tanto de la Salud Mental, sin considerar relevantes factores como género, edad y condiciones de vulnerabilidad. El grupo de servidores públicos del Estado identifica como determinantes la calidad y capacidad de la atención en los servicios de urgencias y la forma como se gerencia y se financia el sector salud.

Entre los 21 actores participantes, se evidenció la existencia de dos grupos, los que tienen una mirada asistencialista y los que tienen una visión centrada en la atención comunitaria APS; donde para el primero el problema se centra en el acceso a los servicios de tratamiento de la enfermedad mental y para el segundo se centra en la educación e identificación del riesgo a nivel comunitario. Así, se destaca el énfasis en cómo la modificación de las condiciones sociales de la población colombiana a través del empoderamiento comunitario, el entrenamiento en resolución de problemas, fortalecimiento de los vínculos familiares y el aumento de información sobre la enfermedad mental, puede contribuir a la reducción del estigma, la victimización, discriminación.

Tabla 4-5. Categorías emergentes sobre problemas asociados a la conducta suicida.

| CATEGORIA | PROBLEMAS |
|---|---|
| Barreras de acceso | Demora en el reconocimiento e identificación del problema (tamizaje), en oportunidad decisión-acción (personas-equipos e instituciones), acceso a la atención, calidad de la atención y falta de seguimiento. |
| Acciones educativas | Escasas posibilidades y alternativas para el manejo del tiempo libre y de ocio, actividades no contextualizadas a las características de las comunidades y Estilos de vida poco saludables. Educar facilita la detección/ empoderar a la comunidad modifica las condiciones sociales. Contribuye a la comprensión del fenómeno en los sobrevivientes. No hay suficientes eventos públicos para diseminar los resultados de las investigaciones nacionales en los niveles regional y nacional. |
| Políticas de control de acceso a métodos letales | El país requiere dirigir esfuerzos hacia el diseño de leyes de regulación sobre métodos letales. |
| Identificación de las personas en riesgo | El personal de atención no está capacitado para la realización de tamizajes. Se requiere identificar factores de riesgo relacionados con enfermedad mental, ideación y actitudes en niños mayores de 8 años y grupos vulnerables. |
| Vigilancia y reporte de las conductas suicidas | Falta consolidar un sistema de reporte y vigilancia de conductas suicidas como SISVECOS en Bogotá. |

Nota: Fuente elaboración propia.

En la tabla 4-5 se relacionan las categorías emergentes en relación a los problemas asociados por los actores sociales participantes, que se resume en cinco problemas: las barreras de acceso a los servicios, fallas en algunas acciones educativas, ausencia de políticas de control de acceso a medios letales, la necesidad de identificar las personas en riesgo y la necesidad de avanzar en el tema de vigilancia y reporte de las conductas suicidas a través de la notificación de conductas de ideación e intento.

“...La alta rotación de profesionales en Salud mental dificulta los procesos de notificación y vigilancia...” (4H40:46-47)

Igualmente llama la atención el interés por mencionar acciones de intervención que se derivan de la identificación de los problemas relacionados con la conducta suicida, y que han sido agrupadas en tres niveles a saber en la tabla 4-6:

Tabla 4-6. Acciones de intervención mencionadas por los actores sociales.

| | |
|---|---|
| Entorno Externo (Infraestructura y apoyo comunitario) | Creación y mantenimiento de grupos de autoayuda. Capacitación de recurso humano sobre el tema de identificación y canalización del sujeto con conductas suicidas. Invertir en la creación y mantenimiento de espacios para la recreación y esparcimiento que permitan el buen uso del tiempo libre. |
| Entorno Próximo (Casa y Familia) | Implementación de programas educativos dirigidos a la familia sobre temas como: Estilos de crianza Resolución de problemas Fortalecimiento de la confianza y el vínculo afectivo Manejo del estrés Manejo del tiempo libre |
| Factores personales | Fortalecimiento del autoestima Identificación del proyecto de vida Fortalecimiento de las habilidades sociales y de comunicación |

Nota: Fuente elaboración propia.

Dimensión “rol del conocimiento científico en el diseño de las políticas de salud mental”

De los 21 entrevistados, 9 afirman no tener experiencia personal en la utilización de evidencia científica para la toma de decisiones políticas y consideran que el rol que desempeñan las instituciones y grupos de investigación en los procesos de formulación de la agenda y elaboración de la política, corresponden con el de búsqueda y organización de la evidencia y traducción del conocimiento. Sin embargo, para el grupo de funcionarios del sistema de salud, el rol del conocimiento científico es proporcionar criterios científicos que garanticen la idoneidad técnica tanto de las acciones a recomendar, como de las acciones ya emprendidas.

“...por ejemplo, cuando se requiere evidencia científica sobre la efectividad de un programa de prevención o sobre uno de tratamiento para conducta suicida... así como en la evaluación del impacto en relación con la problemática que se pretende solucionar...” (4M38:47-50)

Sobre el tipo de investigación que ha probado ser más útil, las respuestas entre grupos varían, siendo la de tipo epidemiológico la más común entre los cuatro grupos, y la clínica la mencionada por los representantes de organizaciones profesionales. También se develan factores de perdurabilidad de la validez del conocimiento donde lo

epidemiológico ha probado ser la mejor evidencia en comparación con otro tipo de estudios de corte cualitativo y la que más cuenta con apoyo político.

“...mucha investigación en Salud Mental ha tenido poca relevancia en la práctica y la política, por ejemplo los estudios cualitativos...”
(2M37:55-56)

Los investigadores-financiadores consideran que el conocimiento científico se utiliza más en los niveles de formulación y evaluación de la política; mientras que para los representantes de organizaciones académicas y otro tipo de asociaciones, es en los debates políticos donde el conocimiento científico sustenta la evidencia de base para demostrar la importancia del tomar acciones sobre un problema particular.

“...el conocimiento puede ser un medio para desarrollar o corregir ciertas políticas...” (1H42:32)

“...los estudios epidemiológicos se usan en la construcción de agenda y el diseño de políticas públicas...” (2M37:43-44)

Por ejemplo, para un investigador ex-asesor en Salud Mental de la dirección de promoción y prevención del Ministerio de la Protección Social, el conocimiento científico se usa para sustentar el diseño y validación de manuales de procesos y procedimientos para hospital de día, CAD, unidades de salud mental de baja, mediana y alta complejidad, clínica psiquiátrica, guías de atención integral en depresión, ansiedad, y consumo de alcohol.

En cuanto a los actores más influyentes en la elaboración de las políticas públicas de salud mental de 1998 y de la propuesta del 2007, en común se destaca el papel de la Fundación FES, el acompañamiento de la OPS y el trabajo de la Asociación Colombiana de Psiquiatría de la mano del Ministerio de Salud y Protección Social. En propuestas más recientes como la construcción del Plan Nacional de Intervención de la Conducta Suicida, se resalta el papel de la Fundación Red de Líderes Afectivos y sinergias en colaboración con el Ministerio de Salud y Protección Social y la OPS.

No obstante, se evidencia una cualidad distintiva del grupo investigadores-académicos, que corresponde con su cercanía a espacios de poder generados por las propias universidades, en base a su tradición y el reconocimiento de sus grupos de investigación; en este sentido Ibarra (2001) señala que los “saberes” de los expertos son altamente estratégicos, lo que explica el surgimiento de una muy codiciada élite, que es convocada para apoyar un adecuado desempeño público, ya sea como operadores de símbolos o como diseñadores expertos (para ilustrar esto es posible mencionar actores como José Posada Villa, Luis Carlos Gómez Restrepo, Fredy Villalobos-Galvis, Carlos Parales y Pablo Daniel Acero, entre otros).

Por su parte, las asociaciones de pacientes y los trabajadores del sector salud consideran tener un poder político bajo, al tiempo que desde su perspectiva califican a las farmacéuticas, aseguradoras de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y a los prestadores de los servicios de salud como las Instituciones de mayor poder político.

Dentro de las razones por las cuales la investigación no es utilizada en la formulación de la agenda política, se evidencia desde la perspectiva de los servidores

públicos del Estado, la deficiente interacción entre los investigadores y quienes formulan la política.

“... como se hace evidente muchas de las políticas no se basan en investigación...” (2H39:15-16)

“...la producción sistemática de información no necesariamente introduce cambios significativos en los estilos de toma de decisiones...” (2H39:18-19)

Los participantes del grupo de funcionarios del sistema de salud establecen que por sí mismos y sin la ayuda de un experto externo, es difícil definir la calidad, la pertinencia y confiabilidad de los resultados de una investigación. Sin embargo, en Colombia como ya se había mencionado antes, muchas veces son quienes investigan y gozan de gran reconocimiento en el medio investigativo en términos de experiencia, dominio y producción, los encargados de proveer la evidencia a solicitud de los tomadores de decisión.

Al respecto Scott (1999) explica que la articulación entre la acción pública y la investigación posee una naturaleza problemática debida a los cambios que ocurren en el macro y micro entorno, así como en el ambiente científico actual. Utilizando este enfoque, se observa que en el macroambiente ahora se apunta a la construcción del consenso entre las comunidades de expertos en un ambiente de participación activa de los medios de comunicación. En el microambiente se identifican los problemas referidos a las condiciones particulares de cobertura y demanda dentro del SGSSS; mientras que en el ambiente científico, según el autor influyen los cambios en la forma de construir el conocimiento, su financiación y su origen, pues no es lo mismo la investigación-consultoría (muy popular en Colombia) que la investigación exploratoria.

Por ello, afirman los investigadores que la forma más obvia en la que se puede influir con su conocimiento en el proceso de política pública, es convirtiéndose en asesor de algún funcionario de alto nivel. Muchas veces esta forma surge por el contacto personal previo que establecieron ambos actores, y casi siempre se inicia a petición expresa del funcionario en el poder. En este caso, el conocimiento mismo constituye la fuente de poder del especialista.

Otra forma mucho más directa de influir en el campo de las políticas públicas, es que el investigador deje el cubículo y pase a tomar posesión como funcionario público, como sucedió en el caso de Ángela María Robledo quien previamente había forjado un prestigio gracias a sus aportes académicos y estudios orientados.

Las fuentes de investigación o de publicaciones de resultados más influyentes en las discusiones políticas, suelen incluir gran parte de la literatura internacional proveniente de estudios desarrollados por la OMS, vínculos directos con grupos de investigación, reportes de comités oficiales de investigación de las universidades, medios de comunicación y agencias internacionales.

Entre los factores que pueden contribuir a una mejor receptividad de los resultados de investigación por parte de los hacedores políticos se menciona que:

“...se necesita una sólida base de conocimiento a disposición de los hacedores de políticas...” (1H37:43-44)

Ya que los expertos pueden diseñar y recomendar la implementación de una política a partir de una sólida base racional o empírica como es el caso del modelo APS pero:

“...Se requiere investigación sobre dichos procesos de empoderamiento del individuo, en los que además se consideren las dinámicas familiares y los procesos socioculturales en los que el individuo, la familia y la comunidad se hallan inmersos...” (1H37:43-44)

Los investigadores mencionan que en situaciones donde no existe presupuesto para diseminación de resultados, siempre se apuesta por la participación en congresos nacionales e internacionales, la publicación de los resultados en revistas reconocidas por Colciencias y a través de contribuciones como capítulos de libro. Aspecto que es coherente con las afirmaciones de los trabajadores de la salud respecto a que son las publicaciones en revistas reconocidas y los foros, los recursos de información ante los que reportan ser más receptivos.

A este respecto, Walter, Nutles y Davies (2003) afirman que existen barreras en ambos bandos, pues al carecer de recursos y crédito profesional para diseminar los resultados de investigación, muchos investigadores no logran el impacto en la política, y los usuarios no hacen uso del conocimiento si no leen revistas especializadas, asisten a congresos o simplemente no es relevante para sus necesidades. Para el grupo de servidores públicos del Estado, aspectos como la crítica, la participación ciudadana, la libertad de prensa y de expresión, son condiciones que contribuyen a una mejor receptividad por parte de los tomadores de decisión; sin embargo, mencionan que también es vital que se establezca una mayor interrelación entre los investigadores y ciudadanos.

“...Tal vez esto pueda mejorar la falta de confianza en las instituciones del Estado, la corrupción, la poca claridad en las funciones y responsabilidades de los actores, la percepción de asimetría de poder político donde la toma de decisiones participativas parece ser una utopía desde la perspectiva del ciudadano común...” (2H39:41-45)

Sobre la fase de establecimiento de la agenda política, los eventos que han venido conformando la agenda política, son esencialmente los llamados a promover la salud mental a nivel internacional a reorientar y reestructurar los servicios de salud mental en 1990, la solicitud de la OMS en 2001 de priorizar la salud mental y la Declaración de Montevideo entre otras; y de manera más reciente y a nivel nacional, los foros sobre suicidio organizados por la Academia Nacional de Medicina en el año 2006 y por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2011 y 2012 y los Congresos sobre suicidología promovidos por la Red de Nacional de Suicidología. En este nivel el rol del conocimiento ha consistido en proporcionar a nivel nacional, datos provenientes del estudio Nacional de Salud Mental (2003) y los informes anuales Forensis producidos por el INMLCF, que aportan evidencia suficiente para demostrar la existencia de un problema de salud pública.

En este nivel para los funcionarios del sistema de salud, los hallazgos de investigación fueron decisivos sobre todo en el tema de modulación de los servicios, ya que parte de los logros se ven reflejados en el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011,

al actualizar el integral del Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado, y que debe ser ofrecido por los prestadores de servicios de salud a todos sus afiliados. Sin embargo en general sobre los logros reina el escepticismo y muchos se abstienen de responder las preguntas.

Ahora bien, respecto a la fase de elaboración de políticas públicas se menciona que los hallazgos de investigación sobre salud mental en particular, han cambiado la percepción de los hacedores de política y otros actores, sobre la naturaleza e importancia del tema, pues por una parte ha implicado la inclusión del tema de salud mental en los planes de salud pública, y por otra, posibilitan visibilizar la existencia de diversas iniciativas a nivel departamental que aún no cuentan con la debida articulación.

Finalmente respecto al nivel de correlación percibida entre la política y la investigación en salud mental, específicamente sobre el tema del suicidio, si bien, muchos actores sociales sobre todo pertenecientes a otras formas de organizaciones sociales como fundaciones, resaltan la falta de rigor científico y claridad en los procesos de toma de decisión para la formulación de la política pública, es posible visibilizar al menos dos fuerzas que priman en las decisiones políticas sobre salud mental, una de corte salubrista y una de modulación de los servicios de salud. De este modo, a partir del análisis de las entrevistas hechas a los actores sociales que participaron de manera voluntaria, fue posible identificar dos tendencias importantes sobre el rol del conocimiento científico en la Política Pública de Salud Mental en Colombia 1990-2010.

La primera, tiene que ver con el interés de los funcionarios del sistema de salud y algunos servidores públicos del Estado en los estudios sobre la función sanitaria de los servicios de Salud Mental, referida a temas de modulación, financiamiento y provisión de los servicios (sobre todo en el caso de los administradores en salud) que permite responder a la pregunta cómo implementar y evaluar políticas y planes de Salud Mental.

La segunda, se da al interior del quehacer de los actores investigadores-académicos, organizaciones académicas y otras asociaciones, cuya preocupación por el bienestar social es mucho más evidente, y cuyo objeto de interés está más centrado en el proceso salud-enfermedad mental y por tanto en la conducta suicida entendida desde una visión epidemiológica multicausal que privilegia los problemas del contexto y la realidad social, muchas veces con acercamientos sobre los procesos de funcionamiento del SGSSS, donde a modo de ilustración, un tema importante es la reducción de desigualdades y la búsqueda de una atención integral.

Dimensión “prioridades en investigación sobre conducta suicida”

Siguiendo a Robinson et al (2008) se estableció una dimensión que diera cuenta de las opiniones de los actores sobre las prioridades de investigación en conducta suicida y permitiera a su vez, perfilar los actores en función de su interés en la investigación, sus afiliaciones, y contrastar los resultados con los obtenidos en la revisión de literatura nacional presentada en el capítulo 2.

Para ello, se establecieron cuatro temas prioritarios referidos a los tipos de investigación, el tipo de conducta suicida, los métodos de suicidio y el grupo poblacional

al cual debe ser dirigida la investigación. A continuación se presenta los resultados obtenidos sobre esta dimensión.

En la tabla 4-7 se relaciona las prioridades según tipo de investigación en la literatura revisada y los actores sociales entrevistados, cuya relación evidencia que 67 de 75 artículos revisados en el capítulo 2 corresponden a estudios de tipo epidemiológico nacionales.

Tabla 4-7. Prioridades según tipo de investigación en literatura revisada y participantes.

| | N | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|----|----|---|---|---|---|---|---|
| Artículos revisados | 75 | 67 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| investigador/financiador | 7 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Servidor público del Estado | 6 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Organizaciones profesionales y otras asociaciones | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Funcionarios del sistema de salud | 5 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

1 (Estudios epidemiológicos), 2 (Estudios de intervención), 3 (Estudios de evaluación), 4 (Investigación en Ciencias sociales), 5 (Descripción de una Intervención, Política, Programa o Servicio), 6 (Evaluación de una Política, Programa o Servicio), 7 (Otro tipo de Investigación)

Nota: Fuente elaboración propia.

Para los diferentes actores sociales, son los diseños epidemiológicos con especial prioridad a los estudios de riesgo y factores de protección, seguidos de los estudios de intervención, los clasificados como de más alta prioridad en la mayoría de los grupos de interés. Se dio mayor énfasis a las intervenciones indicadas en el grupo Investigador/financiador, seguidas de intervenciones selectivas y universales.

Tabla 4-8. Prioridades de investigación según el tipo de conducta suicida.

| | N | Conducta autolesiva | Ideación suicida | Intento suicida | Suicidio consumado | Otros |
|--|----|---------------------|------------------|-----------------|--------------------|-------|
| Artículos revisados | 75 | 0 | 17 | 51 | 8 | 0 |
| investigador/financiador | 7 | 0 | 3 | 2 | 2 | 0 |
| Servidor público del Estado | 6 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Organizaciones profesionales y otras asociaciones | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Funcionarios del sistema de salud | 5 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |

Nota: Fuente elaboración propia.

La tabla 4-8 relaciona las prioridades de investigación según el tipo de conducta suicida, donde la literatura explorada refleja su interés por la caracterización del intento suicida como evento y la identificación de la ideación suicida a través del tamizaje a diversos grupos poblacionales. En esta misma línea es posible ubicar los grupos de investigadores/financiadores y servidores públicos del Estado, quienes proponen se considere la ideación seguida del intento como prioridades de investigación en conducta suicida. Llama la atención el poco interés mostrado por el estudio de las conductas

autolesivas, referida comúnmente en la literatura como el primer estadio del espectro suicida.

Tabla 4-9. Prioridades de investigación según método de suicidio reportado en Forensis 2011

| | N | Ahorcamiento | Intoxicación | Arma de fuego | Caída | Corto-punzante | Inmersión | Otros |
|--|----|--------------|--------------|---------------|-------|----------------|-----------|-------|
| Artículos revisados | 75 | 5 | 45 | 1 | 9 | 0 | 0 | 16 |
| investigador/financiador | 7 | 4 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Servidor público del Estado | 6 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Organizaciones profesionales y otras asociaciones | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Funcionarios del sistema de salud | 5 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nota: Fuente elaboración propia.

En la tabla 4-9 se relacionan las prioridades de investigación según los principales métodos de suicidio reportados por el INMLCF en su reporte Forensis (2011), que no son un objetivo directo en la literatura explorada a nivel nacional, pero aparecen como producto de la caracterización de los casos de intento y suicidio consumado, siendo la intoxicación el método comúnmente utilizado en los intentos de suicidio.

Tabla 4-10. Prioridades según grupo poblacional.

| | N | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Artículos revisados | 75 | 2 | 32 | 18 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 7 | 2 | 0 |
| investigador/financiador | 7 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Servidor público del Estado | 6 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Organizaciones profesionales y otras asociaciones | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Funcionarios del sistema de salud | 5 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

01 (Niños), 02 (Jóvenes), 03 (Adultos 25-64), 04 (Adultos mayores 65 +), 05 (Población indígena), 06 (Población rural), 07 (Sobrevivientes del suicidio), 08 (Población LGBT), 09 (Personas con enfermedad mental / física), 10 (Personas con intento de suicidio), 11 (Personas recluidas en cárceles), 12 Otros grupos.

Nota: Fuente elaboración propia.

La tabla 4-10 indica que los jóvenes son el grupo más frecuentemente investigado y sobre el que apuntan los intereses de los actores sociales. En la literatura revisada existe un marcado interés por realizar estudios en personas con problemas de salud mental y las personas que habían intentado suicidarse. Llama la atención el interés mostrado en el grupo de organizaciones profesionales y otras asociaciones por priorizar el estudio de conductas suicidas en población indígena, teniendo en cuenta el incremento de casos de suicidio adolescente registrado en el pueblo embera.

De este modo, los actores entrevistados indicaron que con gran parte del terreno sobre salud abonado en el campo de la política pública, ahora el énfasis debe ser dado a los estudios de intervención, sin perder de vista la medición del riesgo suicida y la evaluación de programas y servicios. Llama la atención que sólo uno de los investigadores/financiadores entrevistados prioriza la realización de estudios sociológicos, históricos y sociales estudios sobre medios de comunicación.

Capítulo 5. Discusión de Resultados

Este capítulo se concentra en la integración y análisis de las dimensiones estructuradas y emergentes en los capítulos anteriores. La discusión se orienta desde el análisis y triangulación de las dimensiones propuestas por Walt (2006), para establecer el rol del conocimiento científico en la política pública de Salud Mental en Colombia 1990-2010.

Estas dimensiones corresponden a la construcción del suicidio como un problema de Salud Pública estrechamente relacionado con la enfermedad mental; la producción científica analizada desde los niveles ontológico, epistemológico y metodológico propuestos por Denzin y Lincoln (2004); y las políticas públicas y los actores sociales analizados a partir de cuatro ordenadores derivados del ejercicio descriptivo llevado a cabo anteriormente. Los resultados, por tanto, son de carácter exploratorio-descriptivo teniendo en cuenta que en Colombia existen pocos estudios que describan la manera en que los propios investigadores y tomadores de decisiones hablan acerca de su relación.

Según Bronfman (2000) la ciencia y la política tienen modalidades de funcionamiento y códigos de comunicación particulares, muchas veces inconmensurables entre sí; pues mientras la ciencia valora sus resultados en términos de falso o verdadero; la política lo hace en relación con los problemas que resuelve. Además, la vinculación entre ambas es una de las principales fuerzas que definen el rumbo de las sociedades contemporáneas; donde cada tipo de información es producida por actores que dan un sentido diferente tanto a las acciones del otro como a las propias.

La construcción del suicidio como un problema de Salud Pública

Kreimer y Zabala (2007) señalan que la producción de conocimiento científico ha sido reconocida, por parte de diferentes actores vinculados con la promoción, producción, circulación y difusión del conocimiento científico, como una estrategia de intervención legítima sobre los problemas sociales. De esto que los procesos de toma de decisiones políticas se fundamenten en una serie de abstracciones acerca de lo que es un “problema” en este caso de “salud pública”.

Sin embargo, en el trabajo se ha podido identificar que la producción de conocimiento no es solamente un recurso orientado a la resolución de problemas, sino que cumple un papel “fundamental” en los procesos de construcción de esos problemas

de salud pública. Por ello, tanto su papel social como su contenido cognitivo son el resultado de diversas intervenciones en particular por parte de los científicos.

En el caso del suicidio, los procesos sociales que están detrás de la aceptación e imposición de los distintos argumentos, y la traducción de éste como un problema de salud “pública” se pueden resumir en cuatro:

a) Las cifras sobre el número de casos de suicidio consumado y de reportes institucionales de intentos de suicidio en población cada vez más joven, permiten posicionar el suicidio como un problema de salud pública; ahora bien, los datos disponibles provienen principalmente de la epidemiología, pero es a finales de la década de los 90 que el suicidio se vuelve un problema de interés para los investigadores a nivel nacional, alcanzando pleno reconocimiento en el nivel político a partir del año 2005, con la puesta en marcha de diferentes iniciativas que han desembocado en la actual construcción del “Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida” (Sinergias – MinSalud – OPS, 2013). A su vez, estas iniciativas tuvieron un decisivo correlato en el plano internacional, con las acciones lideradas por la OMS y OPS en el área de la Salud Mental desde el año 1990.

b) A las iniciativas anteriores, se sumó el interés de la comunidad científico-médica, que tuvo su epicentro en algunos de los grupos pertenecientes a la influyente tradición de investigación epidemiológica, de hecho, después del PNSP (2007) el apoyo institucional a estas investigaciones por parte de Colciencias aumentó considerablemente, impulsando los estudios que buscan demostrar la relación entre enfermedad mental y conducta suicida. En este sentido, según Francisco Becerra-Posada (2010)¹¹ Jefe de Proyectos y Programas del Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (COHRED), al fijar prioridades en investigación en salud no sólo se orienta a los investigadores hacia temas prioritarios, sino que se orienta también a los proveedores de financiamiento a responder las expectativas del público y las metas públicas, aportando bases para posibilitar el apoyo y compromiso político.

c) El informe de la Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud, llevada a cabo en Rio de Janeiro, Brasil en Abril de 2008 (Comité Ejecutivo Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud, 2008), en la cual 14 países entregaron documentos¹² para el análisis de los SNIS (Sistemas Nacionales de Investigación en Salud) enfocando la revisión en tres aspectos: a) gobernanza y rectoría, b) marco legal y c) priorización, no contó con la participación de Colombia. El informe final de la reunión de seguimiento (COHRED, 2009) señaló que la traducción del conocimiento para su utilización por parte de los tomadores de decisiones, los trazadores de política, los encargados de los programas de salud y el público en general se convierte en una tarea compleja pero indispensable y debiera incorporarse a un plan nacional de difusión de resultados de investigación. Sin embargo, Agudelo et al (2009) afirman que los esquemas de priorización se encuentran en medio de tensiones

¹¹ Conferencia “La Priorización de Problemas para la investigación en salud” presentada el 3 de Febrero de 2010 por el Dr. Francisco Becerra-Posada en el Seminario I del Programa de Doctorado en salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

¹² Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

potentes, entre quienes los definen y aquellos a quienes benefician; pues si bien ninguna problemática de salud puede ser resuelta únicamente con conocimiento científico, se consideran como prioridades de investigación aquellas en las que el conocimiento aporta de manera significativa a su solución.

d) La percepción de los propios afectados. En el plano de las representaciones sociales, el estudio de Ballesteros (2010), muestra cómo las propias personas tienden a “naturalizar” la existencia del suicidio y a minimizar su importancia en sus discursos, incorporando la conducta suicida como algo “propio” o al menos considerado “posible” dentro sus condiciones de vida. Al mismo tiempo, a través del análisis de la producción de conocimiento, y de determinadas políticas destinadas a su promoción, es posible observar cómo la definición de las prácticas legítimas (y, por lo tanto, estimuladas) para actuar contra la enfermedad mental (como causa principal de suicidio), se encuentra estrechamente relacionada con los diferentes actores sociales que participan en esos procesos (médicos epidemiólogos, psicólogos y psiquiatras).

Ahora bien, según Latour (1983) “traducir” los intereses de los distintos actores implicados a favor de la concepción del suicidio como problema de salud pública, implica que un actor ponga a jugar los intereses de los otros en la dirección de imponer su propio sentido a aquello que “está en juego”. De hecho, en estos procesos, la relación políticas públicas y la producción de conocimientos científicos es siempre compleja, tanto por las definiciones en torno a la conducta suicida, como por los supuestos que quedan ocultos en las diversas posiciones. Dentro de estas últimas, la más evidente es la que oculta los procesos de industrialización del conocimiento que serían necesarios para pasar de un conocimiento sobre los factores de riesgo y protección de la conducta suicida, hacia la obtención de información sobre estrategias de prevención e intervención de la conducta suicida. En este sentido, las empresas farmacéuticas, que deberían ocuparse de las fases conocidas como Investigación y Desarrollo industrial, aparecen –en particular relacionados con enfermedades mentales como la depresión, TAB, esquizofrenia y ansiedad– como una suerte de “actor ausente” que debería participar.

Ontología, epistemología y metodología de la producción científica sobre el suicidio

En Colombia como en el mundo, el suicidio es una entidad de cuidado, con una prevalencia importante y sobre la cual se debe hacer esfuerzos para disminuir los números reportados por los sistemas de información en salud. Su análisis permite tener información suficiente sobre las características del comportamiento suicida en diferentes grupos poblacionales y sobre los factores de riesgo relacionados. En el caso particular de este estudio, se llevó a cabo una búsqueda cuidadosa de artículos publicados en revistas indexadas categoría A, y otros no necesariamente publicados en este tipo de revistas, pero si producidos por investigadores pertenecientes a grupos reconocidos por Colciencias, que contaran con publicaciones sobre el tema del suicidio en el marco de la Salud Mental.

Al mismo tiempo, se llevó a cabo una búsqueda mucho más específica y de nivel internacional, sobre los programas de prevención y tratamiento de la conducta suicida

que han sido implementados en otros países, con la esperanza de contrastar dichos hallazgos, con los obtenidos a nivel nacional bajo las condiciones establecidas. Desafortunadamente, ésta comparación fue difícil de establecer, ya que el 100% de la literatura recopilada a nivel nacional, no hace referencia a programas de prevención y tratamiento de la conducta suicida; lo cual obliga a reconocer que la delimitación establecida, generó sus limitaciones tales como incluir sólo artículos en versión digital y obviar producción de congresos o libros, al igual que llevar a cabo la búsqueda de literatura en revistas categoría A.

En general los autores provienen de áreas de la salud como medicina, enfermería, psicología y salud pública, revelando a nivel nacional un núcleo institucional conformado por la Universidad de Antioquia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad Nacional de Colombia. Todas instituciones que cuentan con docentes y grupos de investigación con mayor nivel de desarrollo y tradición en el área de epidemiología, que imparten programas de maestría y doctorado relacionados con los temas de salud mental y epidemiología. Lo que demuestra como los epidemiólogos han logrado establecer la idea de que una investigación científica “de excelencia”, evaluada e integrada a los cánones de la “ciencia global”, es un requisito importante en la lucha contra la conducta suicida.

Mucha de esta producción científica está concentrada en la Revista Colombiana de Psiquiatría y en la Revista de Salud Pública, ha sido generada en su mayoría por médicos psiquiatras y epidemiólogos, que han participado en estudios multicéntricos desarrollados en distintos países; demuestra que tanto la actuación como la producción científica se ubica dentro del área de formación de los autores; siendo la psiquiatría, la psicología y la epidemiología los campos de formación y actuación de la mayoría de autores, haciendo que el interés verse sobre la identificación de factores de riesgo y protectores, y las características de los eventos de conducta suicida ocurridas en los diferentes grupos poblacionales. La mayoría corresponde a estudios descriptivo correlacionales y de prevalencia, donde el 84% de la producción es coautorada, con un promedio de 4,5 autores firmantes por documento, lo cual es un claro indicador de los altos niveles de colaboración presentes en el estudio del tema del suicidio en Colombia.

En el comportamiento temático se observa que ninguno versa sobre programas de prevención o sobre algún tipo de intervención como podría creerse, sobre todo si se considera la demanda de este tipo de investigaciones por parte del Ministerio de Salud y Protección social y de las diversas secretarías de salud de los departamentos.

Los temas más estudiados son los trastornos mentales (depresión, ansiedad, los trastornos de conducta alimentaria y los trastornos de personalidad), seguido de los factores de riesgo sobre la ideación (3,4%), el intento (6,8%), el suicidio consumado (6,8%), y la violencia como factor de riesgo. Desafortunadamente, se otorga muy poco énfasis en las experiencias subjetivas de las personas víctimas y sus familiares, y sobre el problema que representan las lesiones autoinfligidas, ambos aspectos que deben tenerse en cuenta al momento de diseñar estrategias de intervención adecuadas.

Sobre este aspecto, McDowell (2008) desarrolla un supuesto sobre cómo en salud pública se hace necesario un desplazamiento desde los factores de riesgo hacia una explicación clara y precisa que sustente mejores y más efectivas formas de

intervención. Señala el autor que los epidemiólogos que estudian temas de salud como el suicidio, hablan de factores de riesgo en las condiciones, sin hablar de agentes causales específicos; mientras que los investigadores de la salud hablan de determinantes en salud que incluyen una ancha franja de factores que van desde considerar lo genético hasta las inequidades sociales. En cada caso, para McDowell (2008) el “estatus causal” de cada factor es tan poco claro, que sería necesario fundamentar las intervenciones en explicaciones claras y coherentes, pues es justo allí donde está la falla.

Sin embargo, este no es un problema nuevo en el campo de la salud, ya que había aparecido más claro durante el siglo XIX, con el debate sobre la mirada miasmática de factores ambientales para enfermedades como el cólera, versus la explicación contagionista que argumenta factores específicos. Es de anotar que para McDowell (2008) el debate no fue simplemente científico, pues los conservadores de la época favorecieron la explicación contagionista asistiendo el desarrollo de la ingeniería sanitaria, para distraer la atención a la necesidad de grandes reformas sociales de base, que algunos radicales como Virchow, Villermé y Farr habían señalado ya, al encontrar causas subyacentes en la pobreza y las malas condiciones sociales. Más adelante, teorías como la del germen llenó los vacíos de la teoría del contagio, sin quitarle relevancia a la pobreza, y otorgándole a los conservadores nuevamente un argumento ganador, ya que cualquiera que propenda mejorías generales más que intervenciones eficaces es culpable de dañar económicamente su nación. Es por esta razón que los factores causales específicos se han convertido en la aproximación central del pensamiento etiológico en salud pública.

Contrario a esto, Breilh (2007) propone una reflexión sobre el tránsito hacia la construcción de un nuevo tipo de epidemiología emancipadora y multicultural como un acto ético y político que sirva de argumento renovado a favor de una epidemiología crítica de los modos de vida. Para este autor no se puede asumir la investigación ni la epidemiología desde los enfoques tradicionales, pues son miradas que expresan la visión desde el poder y la cultura occidental sin representar el interés colectivo. Así, en palabras de Breilh (2007) *“desde el punto de vista de quienes luchamos por la salud colectiva y tratamos de mostrar la relación entre toda forma de dominio social, con la enfermedad y la muerte, lo que ha sucedido ahora es una amplificación y aceleración de la catástrofe social...”* (p.30) lo cual hace necesaria una manera emancipadora de hacer epidemiología que incorpore toda la complejidad de la realidad y las relaciones de producción-propiedad y poder como condiciones objetivas, y la subjetividad social como clave para fortalecer el sujeto de acción.

Es por esto, que para Breilh (2007) la epidemiología crítica va en busca de una visión de la ciencia y de lo que es una intervención eficaz, y se basa en la construcción emancipadora e intercultural de otro paradigma de la ciencia, haciendo evidente la urgencia de trabajar autocrítica y críticamente en un nuevo proyecto epistemológico como instrumento básico de recuperación ética y de construcción de una nueva politicidad.

A nivel de financiación, en Colombia es frecuente la modalidad co-financiación entre Colciencias, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Facultad Nacional de Salud Pública, la Dirección seccional de Salud de Antioquia, el Ministerio de salud y Protección Social y Universidades como la Universidad Nacional de Colombia,

Universidad de Antioquia, Universidad del Norte, la Universidad Javeriana y la Universidad de Nariño, instituciones a las cuales pertenecen los autores que más artículos completos han publicado (Sánchez Pedraza, R, García-Valencia, R., Palacio Acosta, C. Y Villalobos-Galvis con un promedio entre 3 y 5 artículos especializados en la temática).

Respecto a los estudios multicéntricos, estos reportan financiamiento por parte de the United States National Institute of Mental Health, Centers for Disease Control and Prevention, the Pfizer Foundation, la Organización Panamericana de la Salud y GlaxoSmithKline entre otros. Lo cual indica que el crecimiento en la producción de conocimiento sobre el suicidio fue liderado por los grupos ya mencionados, inscritos en la tradición epidemiológica, que lograron una fuerte conexión con la comunidad internacional, expresada en la formación de los investigadores en el extranjero y en publicaciones en algunas revistas internacionales. El prestigio les permitió a los investigadores contar, en el plano material, con fuentes de recursos estables, tanto de agencias nacionales como internacionales.

Ahora bien, al analizar la información descrita en el capítulo 2 desde los niveles ontológico, epistemológico y metodológico propuestos por Denzin y Linlcon (2004), es posible establecer algunos puntos de encuentro y desencuentro que servirán de base para la comprensión del rol del conocimiento científico en la política pública de Salud Mental 1990-2010.

Cuando se analizan los discursos de los actores bajo una mirada pragmática, un elemento fundamental por considerar es cómo aparece construido el suicidio como problema de salud mental y de salud pública, ya que es frente a éste que tanto investigadores como instituciones y tomadores de decisión deben responder. Para los actores se trata de un problema “objetivo” que está ahí, y ante el cual se debe responder con medidas efectivas. En este contexto, son los grupos de investigación quienes deben marcar la pauta para encontrar la respuesta; mientras que para los tomadores de decisión son los investigadores quienes deben justificar los diversos “modos de acción” específicos que permitan afrontar el problema.

En este punto, aparece la epidemiología clínica como la forma de producción y organización del conocimiento, que permitirá generar una respuesta correcta ante el problema del suicidio. Así, en el nivel ontológico referente a la forma y naturaleza de la realidad del suicidio en la literatura (Denzin y Lincoln, 2004), se devela el predominio de al menos dos nociones sobre el suicidio. Una fuertemente relacionada a la enfermedad mental, en la que se resalta la exclusión de causas sobrenaturales, pero que limita en ocasiones con la concepción materialista del cerebro como centro del cuerpo, y que también liga la patología con variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación; clínicas (antecedentes de conducta suicida y enfermedad mental), psicosociales (aspectos socioeconómicos, apoyo familiar y comportamientos de riesgo), características de la conducta suicida y condiciones físicas.

Una segunda noción, se ubica en el reconocimiento del suicidio como un objeto de estudio de naturaleza diferenciada, que reconoce a los sujetos como “...sujetos interactivos, motivados e intencionales...” y que intenta abordar el fenómeno del suicidio desde una perspectiva cualitativa interesada por conocer las representaciones, actitudes,

creencias y construcciones sociales sobre el suicidio en una comunidad (González, 2000).

Entre los principios y características epistemológicas que diferencian estos tipos de investigación a nivel de paradigmas e instrumentos, se destaca la coexistencia de visiones post-positivistas, de la teoría crítica y el constructivismo, que en un nivel ontológico condiciona la asunción de una realidad objetiva y genera conocimiento a través de hipótesis desde el post-positivismo; de una realidad aprehensible a través de una serie de visiones estructurales e históricas que pueden transformarse a través del tiempo en la teoría crítica y permite asumir múltiples realidades sociales desde el constructivismo.

Para los estudios descritos en el capítulo 2, el propósito de la investigación fue la explicación que permita en última instancia, la predicción y el control del fenómeno del suicidio. Como sugirió González (2000), el criterio de progreso detrás de este paradigma consiste en que la capacidad de los "científicos" para predecir y controlar los fenómenos mejore a lo largo del tiempo, colocando al investigador en el rol del "experto".

En este nivel epistemológico, Breilh (2007) hace énfasis en los replanteamientos ontológicos, epistemológicos y praxiológicos que requiere la epidemiología crítica, esbozando los problemas centrales del positivismo, y del estructural funcionalismo con el fin de demostrar cómo se implantó de manera arbitraria este "modo" como el más adecuado de hacer ciencia al servicio del capitalismo industrial. Su crítica al objetivismo metodológico del paradigma positivista y al subjetivismo de las corrientes del construccionismo psico-cultural y la fenomenología, lo lleva a reconocer en el realismo dialéctico el punto de ruptura epistemológico, colocando la relación dinámica objeto-sujeto como un proceso que usa la praxis como eje de sustento; todo esto con el fin de aplicar su reflexión en la construcción del objeto en salud para superar las construcciones negativas que tienden a reducir la salud a la enfermedad y a lo individual, la realidad al plano de los fenómenos empíricamente observables y a atribuir el movimiento de esa realidad a la simplicidad unidimensional de un orden mecánicamente determinado por leyes.

Es de este modo que Breilh propone abordar el tema de la dimensionalidad de la salud desde la perspectiva de la complejidad, pues el estudio del objeto epidemiológico no puede lograrse separando dimensiones absolutas de la realidad. Una vez reconocida la complejidad del objeto salud, se da la tarea de plantear las distintas dimensiones y sus respectivos ordenes: La dimensión ontológica del ser de la salud con dos dominios: el orden social y el orden de la salud, en la cual la unidad coherente de la epidemiología crítica es la concepción de la realidad como un proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de los modos de vida o reproducción social. La dimensión epistemológica o de ideas sobre la salud, en la cual ubica el campo teórico-práctico de construcción del objeto y su forma de construcción. Y finalmente la dimensión práxica o de las acciones de salud en la cual ubica el sentido y espacio de la acción que puede ser de promoción o prevención.

Con lo anterior, Breilh reconoce que la salud es multidimensional tanto como objeto (dimensión ontológica), como concepto (dimensión epistemológica) y como campo de acción (dimensión práxica), tres elementos inseparables del análisis ya que forman un

sistema de relaciones que requiere apoyar en una teoría general crítica desde una perspectiva emancipadora.

De este modo, a nivel ontológico de Breilh (2007) hace énfasis en la necesidad de superar no sólo la noción del objeto epidemiológico como factor, sino también del reduccionismo causal. La proposición de Breilh se basa entonces en intentar renovar la categoría de perfil epidemiológico abriéndola a la visión que aporta la epistemología general desde la óptica del realismo dialéctico en el campo de la salud, el resultado de este proceso, es una epidemiología de “los modos de vida o reproducción social”, que de la mano de una tradición marxista pretende atar la práctica al manejo de funciones sociales y acciones de restitución del equilibrio social.

A nivel epistemológico, la pretensión es profundizar en las relaciones objeto-sujeto desde la perspectiva teórica del realismo dialéctico, lo cual requiere una visión metacrítica que distinga entre los procesos de metasubjetividad, episubjetividad e intersubjetividad como momentos distintos de construcción del pensamiento; y a nivel praxiológico se espera un reposicionamiento de la epidemiología ante el poder, a partir de la ruptura con el modelo empirista.

Por otra parte, a nivel metodológico, el énfasis en la investigación nacional sobre el suicidio se ha hecho desde la epidemiología y desde la identificación de factores protectores y de riesgo en diferentes grupos poblacionales y contextos específicos, a través de diseños descriptivo-correlacionales, que si bien permiten poner en evidencia las tendencias, otorgan muy poco énfasis en las experiencias subjetivas de las personas víctimas y sus familiares, aspecto que debe tenerse en cuenta al momento de diseñar estrategias de intervención adecuadas.

Los estudios se centran en la identificación tanto de los factores de riesgo para la conducta suicida, como de la prevalencia del fenómeno en diversos grupos poblacionales (niños, jóvenes, adultos y ancianos); siendo su objetivo principal evaluar la relación entre factores de riesgo y comportamiento suicida (33%), describir las características sociodemográficas y clínicas de casos de comportamiento suicida que incluye estudios sobre ideación, intento y suicidio consumando (28%) y determinar la prevalencia y los comportamientos de riesgo para la conducta suicida (15%); con predominio de estudios de carácter descriptivo-correlacional (34,7%), epidemiológico (prevalencia 10%), casos y controles (9%).

Desde la perspectiva de McDowell (2008), los factores de riesgo son útiles en la explicación de la conducta suicida a nivel individual, pero pierden su valor a nivel colectivo; señalando que la principal crítica al concepto de factor de riesgo es de naturaleza epistemológica, pues no es claro cómo el factor de riesgo contribuye a entender y a explicar una adecuada intervención del comportamiento suicida ya que éstos no distinguen el cómo? del por qué?.

McDowell (2008) siguiendo a Pearce señala que *“la epidemiología se ha convertido en un set de métodos genéricos para medir la asociación de exposición y enfermedad, más que el funcionamiento como parte de una aproximación multidisciplinaria para entender la causa de la enfermedad en poblaciones”*, pues el epidemiólogo provee una fotografía incompleta del proceso, a manera de una caja negra donde los vínculos son vagos; es decir, permiten identificar el cómo pero no el por qué?,

ni tampoco explicar las causas competidoras.

De este modo, las explicaciones en salud pública pueden enfocarse tanto al plano individual como al colectivo, ya que las fuerzas globales pueden influenciar determinantes poblacionales que afectan ambientes locales y factores de riesgo individuales. Esto refleja la distinción que para el autor hace Geoffrey Rose entre causas de casos y patrones de incidencia, donde los casos tienen causas, mientras que los determinantes controlan las tasas de incidencia en una población, permitiendo predecir cuántos pueden caer enfermos, pero no quienes.

Así, para McDowell (2008), en el campo de la salud pública la explicación debe involucrar muchos niveles, y por tanto diversas disciplinas que cubran dichos niveles, donde la explicación empieza desde la clarificación de niveles básicos de investigación, y se extiende hasta las causas de patrones de incidencia que normalmente apelan a niveles más altos del fenómeno, todo dado dentro de un contexto social.

Ahora bien, desde la perspectiva de Kreimer y Zabala (2007), es posible distinguir dos dimensiones en la producción de conocimiento sobre un problema. Por un lado, una dimensión “cultural” que hace referencia a la forma en que el problema es pensado. Por otro lado, la dimensión de la “organización social”, es decir, muestra cuáles son las acciones concretas mediante las cuales determinados actores recolectan, procesan y transforman determinados hechos en acciones de política pública. En otras palabras, ¿quién o qué institución tiene o se le ha dado la responsabilidad de ‘hacer algo’ acerca del problema?. Esto partiendo de la consideración de que si los fenómenos están abiertos a diversos modos de conceptualizarlos como problemas, entonces también su carácter público esta abierto a diferentes formas de concebir su resolución.

En el plano nacional, como consecuencia de estos procesos, y de las políticas de promoción de conocimiento científico, es posible verificar, en los últimos diez años, una significativa producción de trabajos científicos sobre el tema del suicidio. El conocimiento experto generado cumple, en un primer acercamiento, con los requisitos de relevancia y de calidad (si nos remitimos a los medios en los que ha sido publicado, y, por ende, las pautas de evaluación académica que ha superado) que esperaban los planes de política promotores de su producción.

Sin embargo, desde el punto de vista metodológico, este tipo de estudios basado en los datos sobre suicidios, da cuenta sólo de una parte de un problema que abarca desde los suicidios subregistrados hasta el parasuicidio, la ideación suicida y los equivalentes suicidas. Las diferencias observadas en cuanto a edad, sexo y nivel educativo demuestran que, además del hecho hay aspectos de índole social que no deben olvidarse cuando se trata de estudiar el fenómeno del suicidio, para citar un ejemplo, el problema que representan las lesiones autoinfligidas y sus repercusiones en el campo de la salud.

La carencia de estudios de intervención puede explicarse tanto por las dificultades prácticas y éticas, como por requerir muestras grandes y recursos económicos; mientras que los estudios epidemiológicos son más fáciles y económicos. En consecuencia, se recomienda hacer de los estudios de intervención una prioridad que permita identificar qué funciona y qué no, en prevención e intervención de la conducta suicida.

Por ello, el fuerte predominio de la investigación epidemiológica, cuyo principal producto está constituido por los artículos científicos, la mayor parte de ellos publicados en revistas nacionales, unido al casi exclusivo ámbito de circulación y difusión de estas investigaciones en el campo de la academia, implica una limitación en la capacidad de difusión de estos conocimientos, que adquiere un carácter endogámico, en la medida en que su comprensión requiere de una alta especialización en la temática que sólo poseen los propios investigadores científicos.

En contraste con lo anterior, la literatura revisada a nivel internacional sobre estrategias de prevención y tratamiento de la conducta suicida, concibe ésta como un problema de salud pública y como la primera causa de emergencias psiquiátricas, donde la mayoría de programas revisados utiliza un modelo conceptual de identificación de factores de riesgo, basado en la revisión de los suicidios por grupos poblacionales, y aunque algunos programas ya incluyen aspectos referidos a actitudes y cultura en particular desde el paradigma constructivista; las intervenciones, por no hablar de medidas preventivas, son a menudo obviadas en la lucha por una financiación que dé prioridad a ciertas condiciones, por lo general menos estigmatizantes.

Asimismo, siendo los estudios epidemiológicos los que han ayudado a determinar dónde enfocar los esfuerzos de prevención, no es de sorprender que la mayoría de intervenciones reportadas se llevara a cabo en poblaciones que ya habían manifestado conductas suicidas o exhibían factores de riesgo, pues la tendencia general es a preferir intervenciones que han demostrado efectividad, estimada tradicionalmente en términos de disminución del número de suicidios e intentos suicidas, aumento en la frecuencia de diagnóstico, tratamiento de trastornos depresivos en atención primaria, número de personas en riesgo derivadas y atendidas en los servicios correspondientes, entre otras; donde aspectos como la relación costo/beneficio, participación y aceptación de la comunidad, además esenciales para abordar el problema desde la perspectiva de la salud pública, no han sido considerados como prioridades de investigación.

Respecto a los tratamientos para conducta suicida, los resultados de las mediciones difieren de acuerdo a la amplitud del periodo de seguimiento y a la fuente de datos. En general su efectividad esta medida por la capacidad de la terapia sobre la reducción del síntoma a corto plazo, sin que se considere la importancia del mantenimiento de su efecto a largo plazo, por lo cual las terapias derivadas del modelo cognitivo conductual no sólo son las que cuentan con mayor evidencia por estar enmarcadas dentro del paradigma postpositivista, sino porque a corto plazo son las que demuestran mejores resultados en el control y la reducción de los síntomas. Sin embargo, este tipo de terapias derivadas del modelo cognitivo conductual, muchas veces obvian los conflictos de base, impidiendo que los pacientes con conducta suicida logren entender de dónde viene ese procesamiento cognitivo caracterizado por el negativismo, la desesperanza y la poca asertividad en la resolución de conflictos.

Ahora bien, valdría la pena recopilar resultados de investigación desde el uso de terapias de tercera generación en el tratamiento de conducta suicida, lo que implica considerar no solamente los ensayos clínicos controlados, sino los resultados de experiencias terapéuticas particulares sobre los cuales no existen muchas publicaciones.

En relación con la duración de la terapia no existe evidencia que pruebe la efectividad de intervenciones a largo (meses) o corto plazo (semanas); sin embargo las intervenciones largas no son bien aceptadas por los pacientes. Se enfatiza la importancia de la alianza terapéutica como un elemento central que implica seguimiento telefónico en caso de inasistencia terapéutica. En esta misma línea, llama la atención el hecho de que las terapias en casa produzcan mayor satisfacción del paciente con el sistema y por lo tanto una mayor adherencia a los tratamientos. Sin embargo, una preocupación que emergió de esta revisión de literatura, fue que algunas intervenciones que han demostrado ser efectivas en la reducción de las autolesiones deliberadas a corto plazo, tienen menos impacto preventivo a largo plazo, siendo alto el riesgo de repetición del intento suicida y de suicidio consumado incluso después de varios años.

Por ello, Hawton et al (2008) hacen énfasis en que los estudios de intervención necesitan ser lo mas rigurosos posible, en términos prácticos y como base para la toma de decisiones políticas, de manera que sus resultados permitan entender y tener claras las formas en que se obtuvo la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones.

Respecto al tema de las conductas autolesivas que se encuentran incluidas como parte de la conducta suicida, se evidencia la necesidad de una definición única que sea clara y aceptable para todos - los usuarios de los servicios, cuidadores, profesionales de salud y de atención social y el público por igual-, pues existe el peligro de perder de vista el hecho de que se trata también de personas en peligro. Por ejemplo, se identifica que la autolesión puede tomar muchas formas, siendo la más común el corte (con una variedad de instrumentos y grados de gravedad), otras formas incluyen quemaduras, estrangulación, arañazos, golpes en diversas partes del cuerpo, la mutilación de partes del cuerpo o el interferir con la cicatrización de la herida (Hawton et al, 2008); mientras que otros autores también incluyen la auto-intoxicación en este grupo (uso intencional de más de la dosis recomendada de cualquier sustancia), e incluyen la intoxicación con sustancias no ingeribles, sobredosis de drogas recreativas y la intoxicación grave con alcohol.

Otro aspecto común en la mayoría de trabajos revisados, es la afirmación sobre que aún no existe un cuerpo abundante de evidencia válida y con medidas precisas sobre la efectividad de los programas de prevención, tratamiento y posvención en diversos rangos de intervenciones y grupos específicos (edades, culturas, diagnósticos) y en grupos vulnerables. De hecho, hay menos información sobre intervenciones que involucren a la familia y la cultura en particular, y muchos estudios no muestran recomendaciones claras sobre intervenciones específicas. Asimismo, no hay mucha información sobre el impacto del suicidio y la ideación en la salud mental de las familias.

Como lo señalan Hepp, Wittmann, Schnyder y Michel (2004) parece que una vez el paciente ha traspasado la barrera de intento de suicidio, el umbral para la repetición se reduce. De manera que los esfuerzos para reducir el comportamiento suicida deben tener en cuenta que el suicidio es un comportamiento y no una enfermedad, por lo que los modelos de enfermedad biomédica no encajan fácilmente. La evidencia también sugiere que probablemente las tendencias suicidas no se puedan curar, por lo cual las intervenciones deben apuntar a mejorar la capacidad de resiliencia de los pacientes y a proporcionar estrategias de afrontamiento para hacer frente a futuras crisis.

Finalmente, respecto a los documentos internacionales que describen y evalúan estrategias de prevención del suicidio en diferentes países, éstas están dirigidas a la población general (no específicamente a niños y adolescentes /adultos) y hacen énfasis en la restricción y monitoreo del almacenamiento, venta y acceso a medicamentos, venenos y armas de fuego; o al acceso a lugares altos como puentes y a las vías del tren; pero en ningún caso al ahorcamiento. Asimismo, ninguno de los documentos ofrece mayores detalles sobre los planes de acción, implementación y evaluación.

Las políticas públicas y los actores sociales

Sin el propósito de llevar a cabo un análisis de política pública, se construyó un análisis sobre la relación conocimiento científico -políticas públicas- actores sociales, a partir de cuatro ordenadores derivados del ejercicio descriptivo llevado a cabo anteriormente, que no sólo permitieron delimitar la intencionalidad de las políticas revisadas y el marco epistemológico de las posturas dominantes; sino también obtener una mirada integradora sobre el rol del conocimiento científico en la política pública de Salud Mental en Colombia entre 1990-2010.

Estos ordenadores fueron el proyecto político dominante, la visión del proceso-salud enfermedad, la conceptualización de los problemas o necesidades y las prioridades de investigación identificadas. De este modo, se llevó a cabo la triangulación de la información obtenida en los capítulos de resultados, en busca de profundidad y significado en el sentido propuesto por Flick (1992).

El núcleo de esta estrategia fue la identificación de los discursos generados (generalmente opuestos) para cada ordenador por los cuatro grupos de actores identificados durante el mapeo, en tiempos y escenarios diferentes; lo que dio origen a cuatro categorías emergentes a saber, La Reforma; el Salto Social; la triada vigilancia en salud pública; y el énfasis comunitario, con una característica en común y es que en todos se ha visto afectada de una u otra manera la concepción integrada de la salud mental.

Categoría La Reforma

Hace referencia al periodo de gobierno comprendido entre 1990-1994, cuyo objetivo de desarrollo giró en torno al crecimiento económico del país, con la concomitante consolidación del proceso de descentralización, la aceptación del mercado en la prestación de los servicios de salud y con ello, el reto de implementar el SGSSS bajo los lineamientos del Banco Mundial (BM) que promovía los ajustes de los sistemas de salud.

Las reglamentaciones en materia de salud que se ubican en este periodo coinciden en su concepción de la salud como un servicio público desde la visión asistencialista (Ley 10 de 1990) que adquiere progresivamente la perspectiva de la salud como derecho a partir de la Constitución Política de 1991. Durante este periodo los problemas y necesidades fueron fijados en la agenda política de acuerdo con las demandas, áreas de acción, estrategias y actividades establecidas por la OMS, el florecimiento del movimiento rehabilitador pro-reforma de atención en Salud (la

reestructuración de atención psiquiátrica a partir de la declaración de Caracas 1990), y el reconocimiento de los derechos humanos de los enfermos mentales.

El eje central de la salud mental en Colombia para este periodo, fue la intervención de las patologías desde el modelo biológico-organicista, donde los aspectos mentales se atendían desde el fenómeno de la enfermedad, pues los pacientes que presentaban desequilibrio crónico en esta esfera, eran atendidos en primer lugar a través de tratamiento farmacológico y en ocasiones con atención psicosocial esporádica, lo cual generaba en estos pacientes un tratamiento inconcluso y poco efectivo.

Por otro lado, se evidencia una evolución en la comprensión del concepto de enfermedad mental, que comienza con un desinterés por parte de los tomadores de decisiones, puesto que no comprometía la vida de las personas; sin embargo, al final de este periodo los aportes de la literatura internacional permitieron entender la enfermedad mental como un determinante que afecta a colectividades, disminuyendo el crecimiento y bienestar de la población, lo que llevó al país a crear legislaciones que obligaran a las entidades prestadoras de servicios a brindar atención a las personas afectadas.

Ahora bien, a partir de la Ley 100 de 1993 y la implementación del SGSSS, la atención en salud mental se centró en la definición de servicios enfocados en la relación violencia-enfermedad mental y en el concepto de enfermo mental o paciente psiquiátrico como sujeto de derechos (Resolución 2417 de 1992), con un tímido acercamiento a la idea de participación comunitaria.

Durante este lapso de tiempo predominó la epistemología postpositivista, que limita el rol del investigador al ofrecimiento de información a aquellos que toman decisiones, establecen políticas y son agentes de cambio, de manera que desde aquí el tomador de decisiones usa esta información científica de manera “independiente” para formar, explicar y justificar acciones políticas y propuestas de cambio (Guba y Linlcon, 2000).

El Salto Social

Se refiere al periodo de gobierno comprendido entre 1994-1998, con predominio de las tensiones generadas por el enfrentamiento entre el enfoque de salubridad, el enfoque asistencialista y un marcado interés en la redefinición de las responsabilidades del Estado a partir de la implementación del SGSSS. Al final del periodo, se destacan los modelos de prestación y aseguramiento de servicios con una distribución de responsabilidades de tipo sectorial, dirigidas hacia la organización y provisión de servicios, sin el énfasis en la singularidad de los grupos vulnerables.

En los documentos aprobados para este periodo de tiempo en materia de Salud Mental se aprecia un énfasis promovido por la OPS y OMS que intenta trascender la visión de enfermedad. Durante este periodo se plantea una política social con miras a reducir la inequidad, garantizar la prevención integral de la enfermedad y de problemas socialmente relevantes, identificar los asuntos prioritarios en salud mental, definir intervenciones desde una perspectiva intersectorial y se realiza un breve esbozo de la promoción de la higiene mental.

Se identifica el predominio e interés de actores internacionales, los cuales sugieren la necesidad de realizar estudios macrodiagnóstico que permitan precisar la

situación en salud mental del país e identificar el riesgo de enfermedad mental a nivel comunitario.

La triada vigilancia en salud pública - investigación epidemiológica - formación del recurso humano

Abarca el periodo comprendido entre 1998-2002 caracterizado por el predominio de la triada vigilancia en salud pública (incluye el nacimiento del SIVIGILA y el fortalecimiento de los sistemas de información), el apoyo y fomento de la investigación epidemiológica que permita monitorear la situación en salud del país (la detección precoz de la enfermedad mental) y un marcado interés por la formación del recurso humano que facilite la acción conjunta en el componente de vigilancia en salud pública y la investigación epidemiológica.

Bajo una perspectiva de coordinación inter e intrasectorial se evidencia el interés por reorientar la prestación de servicios, el fomento a la investigación de tipo epidemiológico, el fortalecimiento de la oferta y la asignación de recursos para el componente de Salud Mental.

Durante este periodo se crea la primera Política de Salud Mental (1998) influenciada por una visión de multicausalidad que se interesa abiertamente por la promoción de la salud y la calidad de vida integrando factores biológicos, ambientales, comportamentales, sociales, políticos y culturales, con estrategias conformación de mecanismos de coordinación y articulación local e intersectorial, de reorientación de la prestación de servicios, el fortalecimiento de la oferta y el fomento a la investigación. Sin embargo, debido al poco interés en su difusión, no se logró su implementación.

Énfasis Comunitario

Comprende el periodo de tiempo 2002-2010, marcado por la fusión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con el Ministerio de Salud en el Ministerio de Protección Social y su posterior separación. Incluye el desarrollo de políticas que reconocen la salud como un derecho interdependiente con otros, y como una dimensión del desarrollo humano.

Durante este lapso de tiempo conviven dos modelos de gestión o formas de definir prioridades y tomar decisiones (González García, 2001), que muestra la tensión entre la corriente neoliberal y las fuerzas locales, el primero mucho más cercano al grupo de aseguradores y prestadores de servicios en salud, que describe un modelo de gestión del riesgo orientado a la organización, provisión de servicios y vigilancia epidemiológica. Y un modelo de gestión de servicios apoyado por algunos investigadores/financiadores y el grupo de organizaciones profesionales y otras asociaciones, que define la investigación por asuntos prioritarios y se interesa en fortalecer las acciones de Salud Mental bajo los supuestos de inclusión, equidad y calidad de la atención a partir del año 2006.

A nivel de investigación, se llevó a cabo el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental (2003) que estableció el perfil epidemiológico de la salud Mental de los colombianos en relación a las condiciones económicas y sociales del país y sentó las

bases para el desarrollo y planeación del componente de salud mental. Siguiendo este énfasis en la relación entre salud mental y problemas psicosociales (bajo el concepto de vulnerabilidad psicosocial) y la inclusión social con garantías en la participación de pacientes, familiares y comunidad, el Ministerio de Protección Social generó el documento Lineamientos de Política de Salud Mental (2005).

A la par del objetivo de aumentar la confianza en el país y en sus instituciones, este periodo se caracteriza por la creación del Plan Nacional de Salud Pública y de políticas sobre el consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva, protección a la población infantil, atención integral a las poblaciones vulnerables y atención a la violencia intrafamiliar y de género que no sólo identifican las necesidades especiales por ciclo vital, sino que se reconocen y actúan como conectores en salud pública, al reconocer la Salud Mental como un fenómeno dinámico y multidimensional.

Con la Política de Campo de la Salud Mental (2007), se redefine a la salud mental como una fuente de capital global en el marco del enfoque de determinantes sociales, la atención desde la perspectiva del ciclo vital y de atención a grupos vulnerables; que implicó reorientar las intervenciones y responsabilidades en salud desde una perspectiva de acciones transectoriales. Las acciones relevantes derivadas de legislaciones aprobadas en este periodo, hacen referencia a los programas del Plan Nacional de Intervenciones Colectivas (PIC), la UELL, APS y el Proyecto de Desarrollo de la Autonomía (PDA) en Salud Mental, encaminadas a la prevención de trastornos y al fortalecimiento familiar y de valores.

Al final de este periodo, se evidencia en referencia al marco sobre acceso y calidad a los servicios de salud de una manera universal y sostenible; la necesidad de revisar, actualizar y unificar gradual y sosteniblemente los planes de beneficios, regular los servicios excluidos, promover estilos de vida saludable, reducir la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas, prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, promover la Salud Mental y la actividad física; y de apuntar más a un modelo democrático de toma de decisiones y gestión del conocimiento en Salud Mental.

Así, en el campo de la salud pública, se puede afirmar que en el periodo comprendido entre 1990-2010 se construyeron líneas de acción orientadas a la organización y provisión de servicios, inclusión social, recursos humanos, vigilancia de eventos y servicios, investigación en asuntos prioritarios de salud mental que para el caso particular del suicidio se concentra en la tendencia general a identificar factores de riesgo de la enfermedad mental y la conducta suicida; avances para redefinir la responsabilidad del Estado frente a grupos vulnerables y según ciclo vital con perspectiva intersectorial (nivel con mayor dificultad) y transectorial con acciones comunes en formación y capacitación, participación social, articulación de redes sociales y promotoras de calidad de vida y salud, y vigilancia epidemiológica (programas educativos de habilidades para la vida, estrategia familia fuertes, desarrollo de competencias en médicos generales y entrenamiento de otros profesionales para aumentar la capacidad de respuesta y resolutiveidad); discusiones sobre la asignación de recursos y definición de actividades e intervenciones.

Sobre los procesos de gestión del conocimiento como una línea estratégica recientemente introducida, se ha avanzado hacia la puesta en marcha del Observatorio

Nacional de Salud Mental, cuyo lanzamiento se realizó en octubre de 2011; los eventos modulares para capacitación de recurso humano en salud mental, especialmente los médicos generales; la elaboración de guías de atención integral (provenientes de sociedades científicas) en salud mental para la depresión, el alcoholismo, el déficit de atención, la hiperactividad, la ansiedad y la bulimia; los eventos de cooperación horizontal para socializar experiencias exitosas en salud mental (evento nacional para identificar barreras de acceso, Acuerdos ACOFAEN – ASCOFAME, Acuerdos Supersalud – Procuraduría); las acciones de fortalecimiento del nodo comunidad en salud mental y de movilización social e incidencia política (mesas nacionales y regionales de prevención, atención y gestión del conocimiento sobre suicidio); y de manera más reciente la elaboración del Plan Integral de prevención y atención de las personas con conductas suicidas y sus familias.

Sin embargo, Colombia a pesar de tener una buena estructura legislativa, desafortunadamente no ha realizado la completa implementación de dichas propuestas en la atención de las personas con enfermedad mental como se propone en la normatividad, teniendo en cuenta que los retos en cuanto a financiación, desarrollo de programas específicos, atención integral de la población e implementación de la atención primaria para la población con enfermedad mental son grandes, llama la atención el hecho de que aún no se haya definido un porcentaje claro del presupuesto de salud dirigido a la Salud Mental.

Según Restrepo Avendaño (2012) existe en la Ley 100 de 1993, la 1122 de 2007 y la 1438 de 2011, un dominio suave pero visible en la participación en las reglas de juego de la modulación propiamente dicha, y un incremento importante a partir de la Ley 1438 de 2011 en la función de prestación de servicios acompañada de un progresivo aumento en la participación de diversos actores sociales en el desarrollo del sistema.

Respecto a la consistencia del contenido de los documentos políticos y la producción científica sobre el tema del suicidio a nivel nacional, el número total de documentos políticos consistentes con la producción científica nacional fue bajo, excluyendo la producción nacional derivada propiamente de los grupos de investigación en salud mental, e incluyendo en los documentos producidos entre 1990 y 2005 los datos arrojados por los estudios macrodiagnóstico que se han llevado a cabo en Colombia y de consultorías realizadas para el Ministerio de Salud, en los cuales han participado investigadores líderes en el área de salud mental.

Entre ellos se identifica el tercer estudio Nacional de Salud Mental de 2003, el Estudio Nacional de Salud de 2007, el Estudio sobre carga de enfermedad realizado en 2005 por la Universidad Javeriana y el CENDEX, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008, los informes del instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses FORENSIS, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, en análisis de la situación en salud ASIS, la información proporcionada por las bases de datos del SIVIGILA, los datos generados por los RIPS y las tabla de registros de defunción del sistema de estadísticas vitales del DANE.

También se identifica la influencia de documentos internacionales provenientes de actores internacionales que impulsaron el diseño de las políticas públicas internas, con el aporte de estudios diagnósticos y lineamientos para la gestión del componente de salud

mental, tales como los datos sobre Salud Mental de la OMS 2001 y el Atlas de Salud Mental 2010, entre otros. Prima también para este periodo, la información obtenida del sector privado para el diseño de políticas públicas y la subvaloración de la información emanada de los actores académicos rastreados en el capítulo 2.

En este sentido, resulta relevante plantear el interrogante acerca del sesgo en la selección de los resultados que los tomadores de decisión consideran relevantes, los cuales corresponden a los que generalmente son útiles para ilustrar una buena gestión estatal, dejando de lado aquellos que no resultan adecuados para este propósito. Desde la perspectiva del grupo de Servidores del Estado y de algunos investigadores/financiadores, existe una brecha entre investigación y políticas públicas debida a una serie de elementos fundamentales:

1. Una deficiente interacción entre los grupos de investigación y los tomadores de decisiones.
2. Una carencia de presupuesto para diseminación de los resultados de investigación, lo que hace de los documentos internacionales una fuerza poderosa para el tomador de decisiones, por su gran visibilidad en el campo de trabajo.
3. Muchos de los actores sociales involucrados en la formulación de una política pública no están preparados para definir la calidad, pertinencia y confiabilidad de los resultados de una investigación, por lo cual es común la consulta a expertos externos.
4. Los investigadores no están familiarizados con los modelos de síntesis de la evidencia.
5. La actividad científica se centra principalmente en instituciones académicas situadas en las principales ciudades del país, donde las más reconocidas socialmente, han sido las pioneras en emprender estudios sobre los problemas de suicidio y Salud Mental.
6. Si bien se ha avanzado hacia la construcción de políticas mucho más participativas, aún se nota la carencia de una estructura efectiva de participación social donde todos puedan opinar, por ejemplo aquellos ubicados en las regiones más afectadas del país.
7. Un problema más, se atribuye a que entre los investigadores y los decisores, aunque se persigan los mismos objetivos —contribuir a mejorar la salud de la población—, existan visiones diferentes debido a que cada uno le da un valor distinto a la investigación. Mientras que entre los científicos se le da un mayor valor a la “validez” de los resultados; los decisores le dan un mayor valor a la “pertinencia” debido a que ésta define la capacidad que tienen los resultados de la investigación para abordar problemas que requieren de solución (Frenk, 1997). En todo caso, si la investigación produce conocimiento y reduce la incertidumbre, es necesario que los tomadores de decisiones utilicen este conocimiento para abordar los problemas en salud, por ello es de esperar que el producto final de los grupos de investigación en salud en general, y en este caso los que realizan investigación en salud mental, se vea reflejado en la política pública.
8. En el grupo de asociaciones de usuarios así como el no contar con suscripción a revistas científicas, bases de datos y el desconocimiento de las bases de acceso

gratuito ofrecidos por la OMS, son las principales causas que impiden el acceso a resultados de investigación.

No obstante, es posible afirmar que políticas más recientes, elaboradas después del año 2006 incluyen un proceso de revisión de la literatura nacional e internacional bajo la modalidad de consultoría, la consulta previa a expertos y la concertación con los actores del sector salud a través de una serie de estrategias de consulta a nivel territorial, dirigido tanto a ciudadanos como a los actores del SGSSS y otros actores sociales que se desarrollan a través de operadores externos que en la mayoría de los casos corresponde a Universidades y Asociaciones.

Un ejemplo de esto, fue el proceso de construcción del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental basado en el componente de APS, para el cual se llevó a cabo un proceso de recopilación y clasificación de los temas de interés provenientes de las diversas experiencias territoriales con el modelo APS durante el año 2008, se construyó una propuesta teórica que se aplicó en tres departamentos (Putumayo, Antioquia, San Andrés) y tres municipios (Bucaramanga, Cali Zipaquirá) del país y que aplicó una encuesta semiestructurada acompañada de la realización de 4 grupos focales durante el año 2009.

En el proceso se crearon 25 mesas de participantes para la selección de temas prioritarios (aspectos que ya existían, oportunidades y amenazas), se desarrollaron documentos para el fortalecimiento social y comunitario, y para la gestión institucional y territorial. En el año 2010 se llevó a cabo el proceso de validación de la propuesta con los diferentes actores sectoriales y la debida inclusión en los proyectos territoriales. Posterior a esto, durante el año 2011 se realizó la asistencia técnica a 12 departamentos para la construcción de planes departamentales de salud mental, que continuó en el año 2012 con la realización de una serie de eventos de cooperación horizontal, la construcción de la dimensión de salud mental y convivencia para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y la construcción de una propuesta de documento conceptual del Plan Nacional Estratégico de Salud Mental.

Por otra parte, es innegable que los nuevos avances observados en las políticas públicas se relacionan con la inclusión de los enfoques de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico, de capacidades diferenciales, poblacional y de determinantes sociales, que contemplan el abordaje estratégico por dimensiones prioritarias y transversales. A partir del año 2005 se observa el impacto de los discursos propios del Movimiento Latinoamericano de la Salud Colectiva, de la perspectiva de la salud como derecho y de la equidad en salud, el enfoque promocional de calidad de vida y salud mientras se conserva como eje la Atención Primaria en Salud, introduciéndose en este momento el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y la orientación transectorial. Y se reorienta el diseño de programas hacia acciones de promoción y prevención enmarcadas en habilidades para la vida, fomento de la resiliencia, salud mental comunitaria y fortalecimiento de las redes familiares y sociales.

Los avances por fuera del periodo de estudio en cuanto a la normatividad incluyen el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, por el cual se sustituyó el Acuerdo 028 de 2011, que tiene por objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan

Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado, y que debe ser ofrecido por los prestadores de servicios de salud a todos sus afiliados.

En lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el artículo 12 del Acuerdo manifiesta que de conformidad con la estrategia de APS, el POS cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana, todas ellas adoptadas mediante las resoluciones del Ministerio de la Protección Social número 412 y 3384 de 2000, 3442, 0769 y 1973 de 2008. Específicamente en el campo de la salud mental, el artículo 17 indica que el POS debe cubrir la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, con independencia de la fase en que se encuentre la enfermedad.

El artículo 22, por su parte, señala que en el caso de la atención de urgencias relacionadas con la salud mental, esta deberá ser cubierta por el POS, en el servicio de urgencias y con observación durante las veinticuatro horas, cuando el evento ponga en peligro la vida o integridad de la persona, sus familiares o la comunidad. Además, en el artículo 24 se menciona que para el manejo de la enfermedad mental, cuando requiera internación, el POS cubrirá hasta noventa días, y esta se manejará de preferencia en internación parcial.

Posteriormente, apareció la Aclaración CRES número 20123210004271, del 17 de enero de 2012, donde se ratifican los contenidos del POS en cuanto a las acciones de salud mental en el caso de pacientes con trastornos o enfermedad mental, afiliados al régimen contributivo o al régimen subsidiado, menores de dieciocho años o mayores de sesenta años, en lo que hace referencia a medicamentos con cargo a la UPC del régimen que corresponda, así: todos los medicamentos relacionados en el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011 y los procedimientos, especificando los niveles donde se deben brindar; atención de visita domiciliaria por medicina general —primer nivel—; atención de visita domiciliaria por medicina especializada, psicología, trabajo social y por el equipo interdisciplinario —segundo nivel—; además, consulta de primera vez por medicina general —primer nivel—; consulta de primera vez por medicina especializada, psicología, trabajo social y por el equipo interdisciplinario —segundo nivel—; consulta de control y seguimiento; interconsultas; junta médica; manejo intrahospitalario y consulta de urgencias. También incluye la administración de pruebas de personalidad, la evaluación de alteraciones emocionales y de conducta, la determinación del estado mental; psicoterapia individual; intervención en crisis; psicoterapia de pareja; psicoterapia familiar e intervención en salud mental comunitaria e internación en salud mental de baja, mediana y alta complejidad, además de internación parcial y sala de observación de urgencias de baja, mediana y alta complejidad. La Aclaración ratifica la internación hasta por noventa días y la psicoterapia individual por psicología o psiquiatría, así como la psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja hasta por treinta sesiones durante el año.

Acorde con lo encontrado en la revisión de la literatura nacional sobre el suicidio en Colombia, los tipos de investigación que fueron más relevantes en los procesos de identificación de las prioridades (ahora dimensiones prioritarias) en salud y de conceptualización de las necesidades en Salud Mental, son los de carácter epidemiológico que logran conectar los resultados obtenidos con aspectos económicos y

sociales del país. De este modo, los paradigmas dominantes en la relación entre investigación y política son el postpositivista, donde el rol del investigador es el de brindar información a aquellos que toman decisiones, establecen políticas y son agentes de cambio, de manera que el tomador de decisiones usa esta información científica de manera “independiente” para formar, explicar y justificar acciones políticas y propuestas de cambio.

El paradigma de la teoría crítica, donde la voz del investigador es la del “intelectual transformador” (Giroux, 1988 en Guba y Lincoln, 2000), quien facilita el cambio a medida que los individuos desarrollan un entendimiento profundo sobre el orden existente de las cosas, impulsando al tomador de decisiones a actuar. Y el paradigma construccionista recientemente adoptado por los actores sociales comprometidos activamente con la reconstrucción múltiple de los problemas y sus posibles soluciones, y ubica el concepto de Salud Mental desde la Medicina Social, como proceso de naturaleza social e histórica con expresión en el nexo biopsíquico humano e inmerso en los procesos de producción y reproducción social.

Siguiendo a Weiss (1979, en Gómez et al 2006), los modelos que mejor se ajustan a los procesos de toma de decisiones sobre Salud Mental en Colombia entre 1990-2010, son el modelo interactivo, de ilustración y de empresa intelectual, el cual enfatiza en la interacción de la política e investigación con otros procesos sociales, y por lo tanto los resultados no pueden ser analizados de manera aislada a esos procesos sociales.

Cabe resaltar que los modelos propuestos por Weiss (1979) no son excluyentes entre sí, y se pueden ver integrados en una sola política o decisión en salud, como es el caso de la reciente Ley 1616 de 2013 y del Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida PNPCS (actualmente en proceso de construcción); es así como una misma política puede responder al modelo táctico de la comunidad de tomadores de decisiones y a un modelo de solución de problemas para la comunidad de investigadores dependiendo de sus intereses.

Finalmente, siguiendo los desarrollos teóricos de Lavis (2003, 2005), al confrontar la literatura con lo percibido por los participantes en este estudio, se destaca que la dirección de la comunicación entre investigador-tomador de decisiones, se puede dar de tres formas: a) los investigadores ofrecen los resultados de sus investigaciones a los encargados de formular políticas, b) los encargados de formular políticas solicitan los resultados de investigación o contratan con a través de consultoría y c) que los investigadores y las organizaciones de apoyo externo inicien su labor desde la perspectiva de los tomadores de decisiones, incluso antes de elaborar las preguntas, esto implica que la práctica haga parte de la investigación a partir de un dialogo de saberes (Lavis, 2005).

Conclusiones y recomendaciones

Después de tan extenso recorrido, parece oportuno extraer algún tipo de valoración que sirva de síntesis conclusiva sin alargar más el relato. Con tales pretensiones se presenta los siguientes puntos que dan respuesta a las preguntas de investigación planteadas:

Se concluye que el conocimiento científico ha tenido un papel central no sólo como una herramienta de caracterización de la conducta suicida en Colombia, sino sobre todo en el reconocimiento del suicidio como problema de salud pública y en la ponderación de las alternativas destinadas a su control que provienen esencialmente de la literatura internacional. A su vez, se reconoce que estas relaciones han estado condicionadas por las circunstancias sociales, políticas e institucionales.

El ascenso definitivo a la agenda de las autoridades sanitarias y al imaginario social estuvo fuertemente asociado a dos procesos independientes. Por un lado, una reconfiguración en el plano cognitivo, que puso de relieve su asociación con la enfermedad mental de gran extensión epidémica; y por el otro, una profunda reforma en el plano de las políticas de atención a la Salud Mental que tuvo como una de sus marcas principales la implementación de un conjunto de medidas de tipo sanitarista dentro del SGSSS.

Se reconoce que el suicidio no es una enfermedad sino un comportamiento influenciado por una variedad de factores sociales, ambientales y médicos. La literatura revisada reconoce que no existe un único enfoque para la prevención del suicidio, sino que se requiere un enfoque estratégico amplio que fusione las contribuciones de los servicios públicos y de las organizaciones, con la investigación académica, los grupos de voluntarios, el sector privado y los particulares interesados.

En Colombia, quienes publicaron artículos de investigación sobre el suicidio entre 1990-2010, son autores provenientes de áreas de la salud como medicina, enfermería, psicología y salud pública. La tendencia es al predominio de un núcleo institucional conformado por la Universidad de Antioquia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad Nacional de Colombia. Mucha de esta producción científica concentrada en la Revista Colombiana de Psiquiatría y en la Revista de Salud Pública, siendo las prioridades de investigación, la identificación de factores de riesgo y protectores, y las características de los eventos de conducta suicida ocurridos en los diferentes grupos poblacionales a través de estudios descriptivo-correlacionales y de prevalencia.

En el nivel internacional, la literatura revisada concibe la conducta suicida como un problema de salud pública y como la primera causa de emergencias psiquiátricas, donde la mayoría de programas revisados utiliza un modelo conceptual de identificación

de factores de riesgo, basado en la revisión de los suicidios por grupos poblacionales. La tendencia general es a preferir intervenciones que han demostrado efectividad, estimada tradicionalmente en términos de disminución del número de suicidios e intentos suicidas, aumento en la frecuencia de diagnóstico, tratamiento de trastornos depresivos en atención primaria, número de personas en riesgo derivadas y atendidas en los servicios correspondientes, entre otras; donde aspectos como la relación costo/beneficio, participación y aceptación de la comunidad, además esenciales para abordar el problema desde la perspectiva de la salud pública, no han sido considerados como prioridades de investigación.

A nivel de política pública es claro que la forma en que el país sintetiza, evalúa y usa el conocimiento en la toma de decisiones políticas sobre el tema del suicidio no es clara. Por lo cual resulta necesario fomentar y fortalecer la capacidad de investigación, selección de intervenciones, identificación de actores clave y utilización del conocimiento. El reto para Colombia, es superar la consultoría e implementar mecanismos de traducción del conocimiento científico en la toma de decisiones, desde un plan estratégico de trabajo orientado a la gestión del conocimiento.

La traducción de un conocimiento científico en una práctica concreta de intervención y resolución de un problema, es muchas veces más compleja de lo que se piensa. Por un lado, los investigadores no suelen estar dispuestos a trasladarse y acomodar sus conocimientos a las expectativas de los otros actores. Antes bien, lo que suele observarse es que éstos se desenvuelven dentro del espacio social delimitado por la actividad científica, con su propia dinámica y patrones de reproducción. Por otro lado, muchos de los conocimientos producidos no pueden transformarse directamente en una práctica concreta de intervención sobre el problema.

Respecto al rol del conocimiento científico en la política pública de 1990-2010, se puede afirmar que existe mucha evidencia sobre el suicidio como problema, que puede ser utilizada en las fases de formulación de la agenda y elaboración de políticas públicas. Sin embargo, para los servidores públicos del Estado, quienes en su mayoría no están preparados para definir la calidad, pertinencia y confiabilidad de los resultados de investigación, el rol del conocimiento científico es el de búsqueda, organización y traducción de la información; mientras que para los trabajadores de sector salud consiste en proporcionar criterios científicos que garanticen la idoneidad técnica de lo que se va a implementar y los resultados de las acciones ya emprendidas, aspecto que ubica la utilidad del conocimiento en las fases de implementación y evaluación de una política.

El número total de documentos políticos consistentes con la producción científica nacional es muy bajo, pues sólo se incluyen los datos arrojados por los estudios macrodiagnóstico que se han llevado a cabo en Colombia y de consultorías realizadas para el Ministerio de Salud, en los cuales han participado investigadores líderes en el área de salud mental.

Ahora bien, es claro que la confrontación con políticas y lineamientos internacionales ha restringido el desarrollo de propuestas innovadoras que resulten útiles para nuestros contextos locales, lo cual deja entrever que los esfuerzos locales, departamentales y nacionales, deben estar contruidos bajo los preceptos de la participación colaborativa, donde la evidencia y experiencia local respaldada por

evidencia científica sea la materia prima para el desarrollo de los planes y estrategias de intervención en suicidio.

Los paradigmas identificados como dominantes en la relación entre investigación y política son el postpositivista, el paradigma de la teoría crítica, y el paradigma construccionista. Los modelos que mejor se ajustan a los procesos de toma de decisiones sobre Salud Mental en Colombia entre 1990-2010, son el modelo interactivo, de ilustración y de empresa intelectual, el cual enfatiza en la interacción de la política e investigación con otros procesos sociales, y por lo tanto los resultados no pueden ser analizados de manera aislada a esos procesos sociales.

Para finalizar, no sólo es necesario construir una base de conocimiento fundamentada en métodos rigurosos de investigación como plataforma en la toma de decisiones (Lavis, 2005), sino también garantizar la incidencia de este tipo de conocimiento en las políticas, planes y programas, al tiempo que el reposicionamiento del tema de salud mental en los programas de formación de profesionales en el área de la salud.

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se basan en los resultados del estudio.

1. Se recomienda hacer de los estudios de intervención una prioridad que permita identificar qué funciona y qué no en prevención del suicidio, considerando los diversos grupos poblacionales y factores de riesgo ya identificados.
2. Es necesario generar espacios permanentes de discusión y exposición de prioridades e intereses de investigadores y tomadores de decisión, en los ámbitos local, regional, nacional e internacional, acompañado de la capacitación a investigadores y tomadores de decisiones en el manejo y flujo oportuno y efectivo de la información.
3. Se requiere fomentar unidades de investigación y traducción del conocimiento, dedicadas a la adquisición, análisis, adaptación y aplicación de la investigación, que funcionen como enlace entre las unidades académicas, centros de investigación y los tomadores de decisiones, Ministerio de salud y Protección Social, secretarías departamentales, la sociedad civil, entre otros.
4. Generar políticas que regulen la pertinencia de las investigaciones financiadas con presupuesto público, donde se exija la respuesta a las prioridades en salud pública y la participación de investigadores expertos en el tema, tomadores de decisiones y sociedad civil.
5. Parece importante para entender la relación entre investigación y política pública, considerar cómo influyen las representaciones de los actores sociales sobre las particularidades del fenómeno y los problemas con los que se relaciona éste, en la cultura de ejercicio del poder y la toma de decisiones en el contexto de la política pública. Una buena alternativa para éste análisis, es la Teoría de las Representaciones Sociales (Moscovici, 2001), considerada actualmente como uno de los principales paradigmas que constituyen el pensamiento postmoderno.

Mecanismos de difusión y socialización

Entre los mecanismos de difusión y socialización de los resultados obtenidos es posible mencionar la participación activa en la Mesa Institucional para la Prevención, Investigación y Atención del suicidio en Colombia, coordinada por el Ministerio de Salud, en la Red Nacional de Suicidiología en Colombia y la conformación del grupo de investigación en Políticas de Salud Mental con el respaldo de la Universidad Manuela Beltrán. Además de lo anterior, como productos de investigación se derivan dos artículos científicos que serán postulados para publicación en la Revista de Salud Pública y en la Revista Colombiana de Psiquiatría, ambas categoría A1; y la participación en el Congreso Mundial de Salud Mental en Buenos Aires, Argentina del 25 al 28 de Agosto y en el III Congreso de Psicología Colpsic-Ascofapsi 2013 en Bogotá del 5 al 7 de Septiembre.

Alcances y Limitaciones de la Investigación

Se considera que el principal aporte de esta investigación está dado por lo interesante de la propuesta y por su estrategia metodológica. Las limitaciones están dadas por el tamaño de muestra obtenido no tiene representatividad frente al universo, lo que impide generalizar los resultados. Respecto a la entrevista, la disposición de tiempo por parte de los actores sociales identificados y la falta de voluntad para participar, impidieron profundizar ciertos aspectos y obtener datos puntuales sobre la agenda de política pública de salud mental.

ANEXOS

Anexo 1. Protocolo de Análisis Documental de Políticas Públicas

El presente protocolo permite identificar el grado de consistencia de la política con los hallazgos en investigación, ya que permite describir qué tanto el contenido de una política sobre salud mental está de acuerdo con los hallazgos de un cuerpo definido de investigación nacional e internacional sobre el tema del suicidio como prioridad. El presente protocolo se aplica durante el análisis documental.

Pasos:

1. Identificación de los documentos: Nivel de ubicación de la política (nacional, departamental, municipal, institucional, unidad clínica o cuerpo profesional) y tipo de política (legislativa, regulaciones u órdenes, planes y programas ; y nivel de formulación de la política en la que se ubica el documento (establecimiento de la agenda, formulación o implementación)
2. Evaluación de consistencia del contenido de los documentos políticos y la producción científica sobre el tema del suicidio a nivel nacional, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - a. Número de documentos políticos consistentes con la producción científica nacional
 - b. Qué tanto incluye la política aspectos clave cubiertos por la investigación (preguntas de investigación, aspectos centrales, soluciones), y elementos basados en la evidencia que aportan los resultados del corpus de investigación)
 - c. Qué tan consistente es la política con los resultados del análisis del corpus de investigación en términos de: definición del problema político, definición de los objetivos, descripción de estrategias y acciones, conceptos o líneas de significado, paradigmas y enfoques predominantes en la investigación. Tipos de investigación que fueron más importantes, características de los estudios que fueron útiles, aspectos del debate político para los cuales la investigación fue más relevante o útil y medios de comunicación o discusión ante el cual el hacedor de políticas fue más receptivo o útil.
 - d. Cuáles elementos de la política contradicen la evidencia aportada por la investigación a nivel nacional e internacional.

Anexo 2. Guía de Elaboración del mapa de Actores

A continuación se presenta el proceso metodológico de la elaboración de un mapeo de actores:

Paso 1. Propuesta inicial de clasificación de actores

Definir desde el inicio qué instituciones, grupos o personas están involucrados en el tema de SPA, es por ello que el mapeo de actores se hace necesario para identificar en forma concreta los posibles actores con los que se vincularán las acciones, se convocarán a través de carta a participar en los GPC junto a la comunidad, con el fin de identificar qué tipo de relaciones se establecerá con ellos y cuál será el nivel de participación de cada uno de los actores.

Mediante una lluvia de ideas hacer un listado de los diferentes actores que tiene una influencia positiva o negativa sobre el tema. Luego clasificarlos por grupos de actores sociales, con la finalidad de hacer un reconocimiento de los actores más importantes que intervienen.

Paso 2. Identificación de funciones y roles de cada actor

El objetivo es reconocer las principales funciones de los actores sociales e institucionales; así como identificar las posibles acciones que podrían desarrollar los actores sociales e institucionales perfilando una red de alianzas interinstitucionales en relación con la propuesta de intervención.

Paso 3. Análisis de los actores

Realizar el análisis de los actores siguiendo las dos siguientes categorías planteadas: i) relaciones predominantes y ii) niveles de poder. Con ello se busca realizar un análisis cualitativo de los diferentes actores de cara a los procesos participativos.

1. Relaciones predominantes: Se definen como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto), sobre el tema. Se considera los siguientes tres aspectos:

1.1 *A favor*: predomina las relaciones de confianza y colaboración mutua

1.2 *Indeciso/indiferente*: Predomina las relaciones de afinidad pero existe una mayor incidencia de las relaciones antagonicas.

1.3 *En contra*: el predominio de relaciones es de conflicto.

2. Jerarquización del poder: Se define como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones que se emprenda. Se considera los siguientes niveles de poder:

2.1 *Alto*: predomina una alta influencia sobre los demás

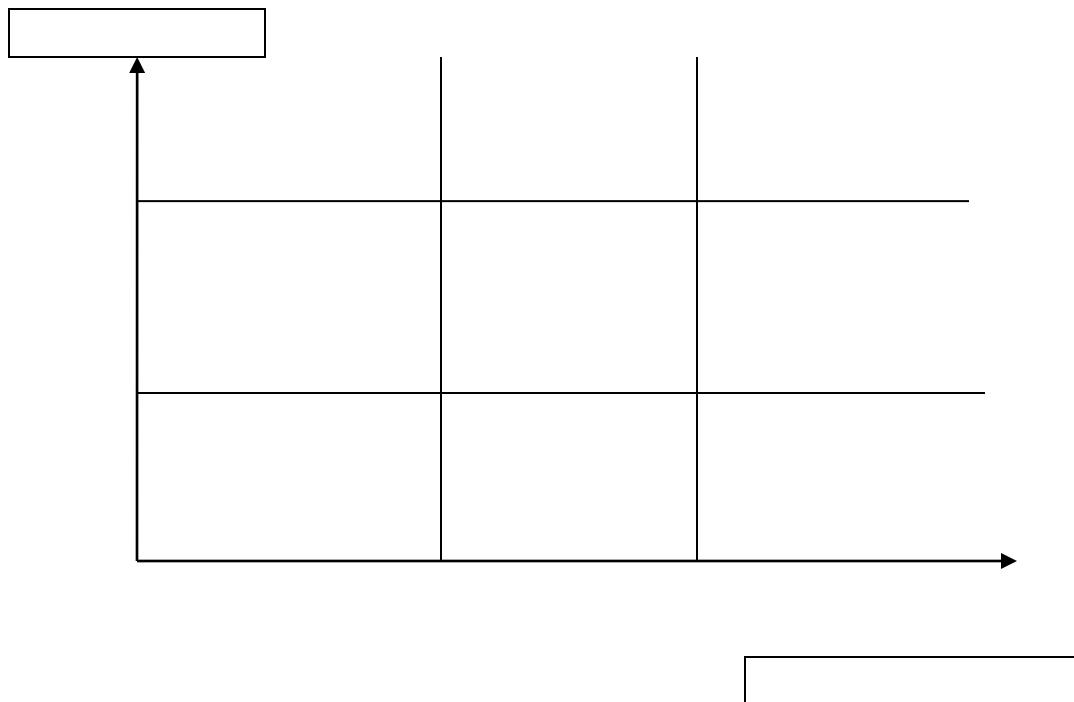
2.2 *Medio*: La influencia es medianamente aceptada

2.3 *Bajo*: no hay influencia sobre los demás actores

Paso 4. Elaboración de la Matriz de Mapa de actores

Elaborar un cuadro de doble entrada en donde cada fila (eje vertical) esté determinada por los tres grados de poder que puede poseer cada actor (alto, medio, bajo) y cada columna (eje horizontal) este identificada por la posición de cada actor respecto a la propuesta de intervención (a favor, indiferentes y opuestos)

Mediante la discusión entre los participantes, se procederá a la ubicación de cada actor identificado en el cuadro de acuerdo con su nivel de posición y grado de poder de tal manera de ir tejiendo el mapa de actores



Paso 5. Reconocimiento de las relaciones sociales

El propósito es identificar y analizar el tipo de relaciones que puede existir entre los diferentes actores identificados, por ejemplo: relación fuerte de coordinación y trabajo conjunto, relación débil con poca o casi ninguna coordinación y relación de conflicto. Se plantea los siguientes niveles de relaciones sociales

1. Relaciones de fuerte colaboración y coordinación
2. Relaciones débiles o puntuales
3. Relaciones de conflicto

Paso 6. Reconocimiento de las redes sociales existentes

Se identifica las redes existentes y el conjunto de acciones que deben tomar. Por ejemplo se puede identificar redes sociales que coordinan actividades en común para la gestión de riesgos en su comunidad, grupos que presentan relaciones que requieren ser fortalecidos y los que presentan relaciones de conflicto. A partir de ello se puede plantear estrategias para trabajar con las redes consolidadas y para fortalecer las relaciones entre los grupos que presentan relaciones débiles.

Anexo 3. Lista de Funciones de Actores a entrevistar

| Categoría general de funciones | Categoría específica de funciones |
|---------------------------------------|--|
| Formulador de políticas | Formulador de políticas públicas (personal político o funcionario público) del gobierno nacional que ha participado en la toma de decisiones sobre el tema. |
| | Formulador de políticas públicas (es decir, funcionario electo, personal político o funcionario público) del gobierno subnacional (p. ej., departamento o distrito, si este último tiene autoridad independiente en el proceso de formulación de políticas). |
| | Directivo en una región o distrito (si no tiene autoridad independiente en el proceso de formulación de políticas). |
| | Directivo en una institución de atención de la salud (p. ej., hospital). |
| | Directivo en un organismo no gubernamental (ONG). |
| Parte interesada | Personal o miembro de un grupo de la sociedad civil/ONG comunitaria. |
| | Personal o miembro de una asociación profesional de salud. |
| | Personal de un organismo donante (Organismo de Desarrollo Internacional, Comunidad Europea) o una organización internacional (por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud). |
| | Personal de una compañía farmacéutica u otra compañía de biotecnología. |
| | Representante de otro grupo de partes interesadas. |
| Investigador | Investigador en una institución nacional de investigación. |
| | Investigador en una universidad. |
| | Investigador en otra institución (Fundación, Agencia). |
| Otro | Representante de Partidos Políticos Movimientos sindicales |

Anexo 4. Guía Temática para Entrevista Semiestructurada

El formato puede variar dependiendo del grado de poder del actor, posición, nivel de la política y el rol del actor. Por ello, es necesario tener en cuenta que para aquellos actores que pertenecen al nivel político es necesario hacer énfasis en la identificación de fuentes de las cuales obtienen la información que consideran confiable, qué información les interesa, cómo la evalúan, qué los motiva a tomar cierto tipo de decisiones, y con quién interactúan, compiten y se alían.

En el caso particular de los investigadores se debe hacer énfasis sobre el origen o fuente de la información (qué tipo, de quién y hacia quién se dirige y cómo participa en la toma de decisiones), cómo es evaluada, los canales y los momentos relevantes para la diseminación de información o de resultados.

Antes de iniciar la entrevista es necesario la firma del Consentimiento informado, y la confirmación del rol del entrevistado en el proceso de la política en relación a documentos y época (pese a que esta información debe derivar de la fase de análisis documental y del mapa de actores, debe confirmarse).

Preguntas generales

1. ¿Ha tenido algún tipo de experiencia personal en la utilización de evidencia científica para la toma de alguna decisión?
2. ¿Cuál considera usted que es el rol que desempeñan las instituciones y grupos de investigación en los procesos de formulación de la agenda, elaboración e implementación de la política?
3. ¿Qué tipo de investigación sobre suicidio ha probado ser más útil (básica, aplicada, clínica)? Y por qué?
4. ¿En qué nivel de formulación de la política considera usted que se utiliza más el conocimiento científico?
5. ¿Cuál es el rol que juega el conocimiento científico en los debates políticos?
6. ¿Quién considera usted ha sido el o los actores más influyentes en la elaboración de las políticas públicas de salud mental de 1998 y de la propuesta del 2007? (individuos, grupos, organizaciones)
7. ¿Considera usted que existe una razón por la cual la investigación no es utilizada en la formulación e implementación de la agenda política, o en la fijación de prioridades?
8. Personalmente, ¿ante qué tipo de recursos de información es usted usualmente más receptivo?
9. ¿Qué factores considera usted que pueden contribuir a una mejor receptividad de los resultados de investigación por parte de los hacedores políticos?
10. ¿De qué forma hace llegar sus resultados de investigación de relevancia a los tomadores de decisiones?
11. ¿Sus proyectos contemplan presupuesto para diseminar los resultados, y si lo hace, cómo lo hace?

Sobre la Fase de establecimiento de la Agenda política

12. ¿Cuáles han sido los eventos centrales que conformaron la agenda política de xxx?

13. ¿Quién/es han sido los actores y grupos centrales cuyas acciones resultantes constituyeron la agenda política de xxx?
14. ¿Cuál es el rol de la investigación en la agenda política? ¿La investigación aportó la evidencia para demostrar la existencia de un problema? ¿Los hallazgos de investigación fueron decisivos para tomar la decisión de elaborar una política pública? ¿Los hallazgos de investigación sobre suicidio han cambiado la percepción de los hacedores de política y otros actores, sobre la naturaleza e importancia del tema?

Sobre la fase de elaboración de políticas públicas

12. ¿Qué nivel de correlación percibe entre la política y la investigación en salud mental, específicamente sobre el tema del suicidio?
13. ¿Cuál cree que es el rol de la investigación sobre suicidio en la formulación de políticas sobre salud mental?
14. ¿Durante la formulación de la política qué tanto de los productos y hallazgos de investigación soportó la posición de los hacedores de políticas en sus discursos, artículos, entrevistas etc?
15. ¿En cuáles aspectos de la formulación de la política de salud mental, la investigación fue más relevante?
16. ¿Cuáles fuentes de investigación o de publicaciones de resultados fueron las más influyentes en las discusiones políticas? ¿Literatura de carácter nacional o internacional? Reportes de investigación, resúmenes, síntesis, comunicaciones directas con investigadores, resultados de seminarios, congresos, vínculos con centros de investigación, grupos, reportes de comités oficiales de investigación de las universidades, medios de comunicación o agencias internacionales entre otros.
17. ¿Cómo describe la preparación o capacitación de quienes intervinieron en la elaboración de la política pública (nivel de capacitación en métodos de investigación, elaboración de políticas, participación en comités oficiales, experiencia como investigadores y grado de contacto con investigadores).
18. ¿Cuál fue el rol de la producción científica en los discursos y argumentos de grupos, organizaciones e individuos que influenciaron el proceso de formulación de la política?
19. ¿De dónde proviene la investigación que usted considera más relevante en el proceso de formulación de la política pública?

Sobre la fase de implementación de las políticas públicas

20. Una vez la política ha sido formulada, ¿cuál es el rol de los resultados de investigación en el proceso de la implementación de la política?
21. ¿De dónde proviene la investigación que usted considera más relevante en el proceso de implementación de la política pública?

Anexo 5. Formato de Consentimiento Informado

Formato de Consentimiento Informado

Yo _____ identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía N° _____ de _____, manifiesto a ustedes mi aceptación voluntaria en la participación en la Investigación ***“Rol del conocimiento científico en la política pública de salud mental: un análisis de la producción científica sobre suicidio y de su rol en la construcción de la política pública de salud mental en Colombia 1990-2010”*** dirigida por Magnolia del Pilar Ballesteros Cabrera, estudiante de la sexta cohorte del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en calidad de Tesis de grado.

Por lo anterior hago constar que he sido informado sobre la naturaleza de los procedimientos, riesgos y beneficios del mismo y entiendo que mantendré mi capacidad de libre elección sin coacción alguna y que en cualquier momento podré retirar mi consentimiento y dejar de participar en el estudio. Igualmente que mi participación en la investigación consiste en dar respuesta verbal a la entrevista semiestructurada; teniendo en cuenta que dicha información suministrada es de absoluta confidencialidad y que no será divulgada ni entregada a otra persona o institución sin mi consentimiento. En caso de no querer responder una pregunta, comprendo que no estoy obligado(a) a hacerlo y que tengo todo el derecho a despejar las dudas correspondientes.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en constancia de lo anterior firmo:

De la misma manera acepto que sea grabada la entrevista: SI ____ NO ____

Solicito que sea borrada la grabación una vez haya sido transcrita al papel: SI ____ NO ____

Nombre(s) de la persona entrevistada: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar y fecha: _____

Anexo 6. Distribución de los grupos categoría A y A1 registrados en GrupLac , Colciencias año 2010.

| NOMBRE DEL GRUPO | AÑO | DPTO | LÍDER | Clasifi ca/ | ÁREA | AVAL | Integrantes | Art. Comple | Libros | Proyectos |
|---|---------|----------|-----------------------------------|----------------|-----------------|------------------------------------|-------------|----------------|--------|-----------|
| Salud Pública y Epidemiología del Cáncer | 2000-6 | Bogotá | Marion Piñeros Petersen | A | Medicina | Instituto Nacional de Cancerología | 20 | 1 | 0 | 0 |
| SALUD COLECTIVA | 2001-3 | Bogotá | Martha Esperanza Fonseca Chaparro | A | Odontología | Universidad Nacional de Colombia | 44 | 1 | 0 | 0 |
| Grupo de Investigación en Salud Pública | 2001-5 | Bogotá | Catalina Latorre santos | A | Salud Colectiva | Universidad del Rosario | 21 | 1 | 1 | 1 |
| SALUD Y CALIDAD DE VIDA | 2000-2 | Cali | Marcela Arrivillaga Quintero | A | Salud Colectiva | Pontificia Universidad Javeriana | 30 | 1 | 0 | 0 |
| Salud Mental | 1991-4 | Medellín | Yolanda Torres De Galvis | A | Medicina | Universidad CES | 27 | 4 | 1 | 4 |
| Grupo de Investigación en Psiquiatría GIPSI | 1997-10 | Medellín | Carlos Alberto López Jaramillo | A | Medicina | Universidad de Antioquia | 55 | 6 | 0 | 3 |
| Políticas Sociales y Servicios de Salud | 1998-1 | Medellín | María Mercedes Arias Valencia | A | Salud Colectiva | Universidad de Antioquia | 27 | 1 | 0 | 0 |
| Observatorio de la Salud Pública | 1999-10 | Medellín | Jorge Julián Osorio Gómez | A | Salud Colectiva | Universidad CES | 73 | 2 | 1 | 3 |
| Perspectivas en ciclo vital, salud mental y psiquiatría | 2002-1 | Bogotá | Diana Lucía Matallana Eslava | A1 | Medicina | Pontificia Universidad Javeriana | 27 | 4 | 0 | 0 |
| Departamento de Epidemiología Clínica y bioestadística | 1986-1 | Bogotá | Carlos Gómez Restrepo | A1 | Medicina | Pontificia Universidad Javeriana | 42 | 2 | 0 | 0 |

Anexo 7. Grupos B, C y D excluidos y producción científica sobre el suicidio a nivel nacional 1990-2010.

| Categoría Colciencias | Nombre del Grupo | Líder | Producción científica en artículos completos sobre el tema de suicidio |
|-----------------------|---|--------------------------------------|--|
| B | Estudio del suicidio y conductas de riesgo sexual | Fernando Robert Ferrel Ortega | <p>Completo: Perfil de pacientes que realizaron intento de suicidio Hospital San Pablo de Cartagena Colombia, Acta Médica De Cartagena ISSN: 0121-1668, 1997 vol:6 fasc: págs.: 36 – 39 Autores: ADALBERTO CAMPO ARIAS, RAFAEL OSORIO</p> <p>Completo: Severidad de los síntomas depresivos e intento de suicidio Colombia, Acta Médica De Cartagena ISSN: 0121-1668, 1997 vol:6 fasc: págs: 43 – 45 Autores: ADALBERTO CAMPO ARIAS, RAFAEL OSORIO</p> <p>Completo: Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta(COLOMBIA) durante el año 2002:Un informe de casos Colombia, Duazary ISSN: 1794-5992, 2004 vol:1 fasc: 1 págs: 24 – 28 Autores: GUILLERMO CEBALLOS OSPINO</p> <p>Completo: Características psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa Marta (COL) durante los años 2002-2003 Colombia, Boletín Electrónico Psicología Clínica Y De La Salud ISSN: 1657-7760, 2005 vol:Feb fasc: págs: 1 – 11 Autores: GUILLERMO CEBALLOS OSPINO</p> <p>Completo: Ideación suicida Colombia, Cuadernos De Psiquiatría De Enlace ISSN: 0124-1524, 2007 vol:34 fasc: págs: 9 – 12 Autores: GUILLERMO CEBALLOS OSPINO</p> <p>Revisión (Survey): Panorama actual del suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico Colombia, International Journal Of Psychological Research ISSN: 2011-2084, 2008 vol:1 fasc: 2 págs: 53 – 63 Autores: ANDRES DE BEDOUT HOYOS</p> <p>Completo: Un acercamiento al suicidio consumado en adolescentes de la ciudad de Santa Marta (col) años 2002-2003. Colombia, Revista Semilleros De Investigacion ISSN: 1794-6948, 2004 vol:1 fasc: 1 págs: 66 – 69 Autores: JACKELINE ROSSANA ARROYAVE GONZALEZ, SANDRA DIAZ CASTILLA</p> <p>Revista (magazin): Suicidio en la juventud, una problematica en aumento Colombia, Desde El Campus ISSN: 1900012, 2004 vol: fasc: págs: 6 - 6</p> |
| B | Psicología y Salud | Fredy Hernán Villalobos Galvis | <p>Revisión (Survey): Factores de riesgo asociados a la conducta suicida Colombia, Universidad Y Salud ISSN: 0124-7107, 2004 vol:1 fasc: 5 págs: 60 – 76 Autores: FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS, DIANA MARCELA INSUATY LOPEZ, ANDREA CECILIA DELGADO ACHICANOY</p> <p>Completo: Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida Colombia, Universidad Y Salud ISSN: 0124-7107, 2007 vol:1 fasc: 8 págs: 126 – 141 Autores: FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS</p> <p>Completo: CARACTERIZACIÓN PSICOMÉTRICA DE UNA VERSIÓN REDUCIDA DEL CUESTIONARIO DE IDEACIÓN SUICIDA SIQ – HS (REYNOLDS Y MAZZA, 1987), ADAPTADO AL ESPAÑOL, EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO Colombia, Universidad Y Salud ISSN: 0124-7107, 2008 vol:1 fasc: 8 págs: 32 – 44 Autores: FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS</p> <p>Completo: SITUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE COLEGIOS Y UNIVERSIDADES DE SAN JUAN DE PASTO Colombia, Salud Mental ISSN: 0185-3325, 2009 vol:32 fasc: 2 págs: 90 Autores: FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS</p> <p>Completo: Percepción comunitaria del suicidio en Pasto y Tumaco. Divergencias y puntos de encuentro. Colombia, Universidad y Salud ISSN: 0124-7101, 2008 vol:1 fasc: 9 págs: 7 – 17 Autores: DAYRA ELIZABETH OJEDA ROSERO, NUBIA ROCIO SANCHEZ MARTINEZ, ALVARO HERNAN ALVAREZ CORDOBA</p> <p>Completo: Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa - PANSI, en estudiantes colombianos Colombia, Universitat Psychologica ISSN: 1657-9267, 2010 vol:9 fasc: 2 págs: 523 – 534 Autores: FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS</p> |
| B | Individuo, Familia y Sociedad | Silvia María Antonia Rivera Largacha | <p>Completo: Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. Colombia, Avances En Psicología Latinoamericana ISSN: 1794-4724, 2007 vol:25 fasc: 2 págs: 40 – 62 Autores: XIMENA PALACIOS ESPINOSA</p> <p>Completo: Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA Colombia, Revista Colombiana De Psicología ISSN: 0121-5469, 2006 vol:015 fasc: págs: 25 - 38</p> |
| B | Grupo de investigación en psicología cognitiva | Alberto Ferrer Botero | <p>Completo: Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburra Colombia, Revista de Psicología Universidad de Antioquia ISSN: 2145-4892, 2009 vol:1 fasc: 1 págs: 55 – 73 Autores: YVONNE GOMEZ MAQUET, ELENA</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| | | | CORTINA, MARIBEL PENA O |
| B | Grupo de Investigación clínica en Psicología, Neuropsicología y Neuropsiquiatría | Oscar Sierra Fitzgerald | Completo: Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia, Colombia Medica ISSN: 1657-9534, 2003 vol:34 fasc: 1 págs: 9 – 16 Autores: JAIME ARTURO ROA, OMAR SALAZAR, LUZ LOPEZ, CLARA RAMIREZ, ANGELA MARIA PEREZ RESTREPO, GERARDO CAMPO CABAL |
| B | Psicología clínica y procesos de salud | Ariel Cesar Nuñez Rojas | Completo: Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8, 9, 10 y 11 grado de Ocho Colegios oficiales de Manizales Colombia, Hacia La Promoción De La Salud ISSN: 0121-7577, 2008 vol:13 fasc: N/A págs: 143 – 153 Autores: DIEGO ZULUAGA MEJIA, MARIA EUGENIA MESQUITA MEDINA, ROSA ELENA GONZALEZ VELEZ Completo: Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas año 2000 Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2003 vol:32 fasc: 4 págs: 341 – 356 Autores: MARIA EUGENIA MESQUITA MEDINA, ROSA ELENA GONZALEZ VELEZ, DIEGO ZULUAGA MEJIA |
| B | Salud mental | Sergio Cristancho Marulanda | Completo: Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006 Colombia, Revista Facultad Nacional De Salud Pública ISSN: 0120-386X, 2009 vol:27 fasc: 3 págs: 302 – 308 Autores: DIANA CAROLINA TORO, RAMON EUGENIO PANIAGUA SUAREZ, CARLOS MAURICIO GONZALEZ, BRIGIDA MONTOYA |
| B | Salud mental, neurodesarrollo y calidad de vida | Alvaro Franco Zuluaga | Completo: Conductas Suicidas, aspectos éticos Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2001 vol:30 fasc: 4 págs: 369 – 382 Autores: ALVARO FRANCO ZULUAGA |
| B | Cisalva – Instituto de investigación y desarrollo en prevención de violencia y promoción de la convivencia social | María Isabel Gutierrez Martínez | Completo: El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. Colombia, Pensamiento Psicológico ISSN: 1657-8961, 2009 vol:6 fasc: 13 págs: 97 – 108 Autores: MARIA DEL PILAR PENA SIABATO, YAMILETH ORTIZ GOMEZ, MARIA ISABEL GUTIERREZ MARTINEZ, Completo: Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño, Colombia: Estudio de casos y controles Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2010 vol:39 fasc: 2 págs: 291 – 312 Autores: MUNOZ MORALES EDGAR, MARIA ISABEL GUTIERREZ MARTINEZ Completo: Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries Estados Unidos, Jama : The Journal Of The American Medical Association ISSN: 0098-7484, 2005 vol:293 fasc: 6 págs: 707 – 714 Autores: ANDRES VILLAVECES IZQUIERDO |
| B | Cuidado a la salud de los colectivos | Zuleima Cogollo Milanes | Completo: Ideación suicida en niños, niñas y adolescentes maltratados (de la calle) Colombia, Actualizaciones Pediátricas Fundación Santafé De Bogotá ISSN: 0121-4594, 2001 vol:11 fasc: págs: 55 - 57 Autores: ADALBERTO CAMPO ARIAS, ADONILSO JULIO, Completo: Perfil de pacientes que realizaron intento de suicidio Hospital San Pablo de Cartagena Colombia, Acta Médica De Cartagena ISSN: 0121-1668, 1997 vol:6 fasc: págs: 36 - 39 Autores: ADALBERTO CAMPO ARIAS, RAFAEL OSORIO, Completo: Conductas autodestructivas en niños y adolescentes. Colombia, Acta Médica De Cartagena ISSN: 0121-1668, 1997 vol:6 fasc: págs: 40 - 42 Autores: ADALBERTO CAMPO ARIAS, HUMBERTO MOLINELLO, CESAR E SANCHEZ, |
| C | Grupo de investigación en Psicología clínica y de la Salud | César Armando Rey Anacona | Completo: Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2009 vol:38 fasc: 4 págs: 681 – 692 Autores: CESAR AUGUSTO MOJICA, DIEGO ARTURO SAENZ, CESAR ARMANDO REY ANACONA |
| C | Salud Pública | María Clara Yépez Chamorro | Completo: Factores de riesgo y protección asociados al intento suicida. Municipio de Mocoa Colombia, Universidad Y Salud ISSN: 0124-7107, 2007 vol:1 fasc: 8 págs: 101 – 116 Autores: ADRIANA PATRICIA MADRONERO, NERY ASTRID PABON, ISABEL CRISTINA CERON SOUZA |
| C | Grupo de Investigación en Psiquiatría de enlace | Gustavo Adolfo Constain González | Completo: CARACTERISTICAS ASOCIADAS AL RIESGO DE SUICIDIO VALORADO CLINICAMENTE EN PERSONAS CON INTENTO RECIENTE Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, 2007 vol:xxxvi fasc: 4 págs: 610 - Autores: MARIA VICTORIA OCAMPO SALDARRIAGA |
| C | Psiquiatría y salud mental | Yahira Rossini Guzman Sabogal | Completo: Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética Colombia, Persona Y Bioética ISSN: 0123-3122, 2006 vol:10 fasc: 27 págs: 82 - 98 Autores: YAHIRA ROSSINI GUZMAN SABOGAL, Completo: Estudio de la Imitación como factor de riesgo en Suicidio Colombia, Revista Colombiana De Psiquiatría ISSN: 0034-7450, |

| | | | |
|---|---|-------------------------------|--|
| | | | 2005 vol:32 fasc: NA págs: 12 - 25 Autores: YAHIRA ROSSINI GUZMAN SABOGAL, RICARDO SANCHEZ PEDRAZA, HEIDI CACERES, |
| C | Nuevas perspectivas en Salud Mental | José Abelardo Posada Villa | <p>Completo: Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys Colombia, Plos Medicine ISSN: 1549-1277, 2009 vol:6 fasc: págs: 100 - 123 Autores: BRUFFAERTS R, JOSE ABELARDO POSADA VILLA,</p> <p>Completo: Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. Inglaterra, British Journal Of Psychiatry ISSN: 0007-1250, 2010 vol:197 fasc: 1 págs: 20 - 7 Autores: JOSE ABELARDO POSADA VILLA, R BRUFFAERTS, DEMYTENAERE K,</p> <p>Completo: Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the World Mental Health Surveys. Inglaterra, Psychosomatic Medicine ISSN: 0033-3174, 2010 vol:72 fasc: 7 págs: 712 - 9 Autores: JOSE ABELARDO POSADA VILLA, K.M. SCOTT, I. HWANG,</p> |
| C | Grupo de Investigación en Salud Pública - GISAP | Angela Mayerly Cubides Muneva | Completo: Cassiani CA. Gullos L. Cardona YM. Características epidemiológicas de los intentos suicidas en un servicio de atención médica prehospitalaria de Cali: un informe de casos. Arch Salud. 2008; 3: 13-20. Colombia, Archivos De La Salud / Universidad De Cartagena ISSN: 2011-5121, 2008 vol:3 fasc: 1 págs: 13 - 20 Autores: CARLOS ARTURO CASSIANI MIRANDA, |
| D | Desarrollo social, Salud Pública y Derechos Humanos | Pedro León Reyes Gaspar | Completo: características del suicidio en la ciudad de Neiva. Colombia, Revista Vida Y Salud ISSN: 1692-7893, 2004 vol:1 fasc: págs: 8 - 21 Autores: ALFONSO MORELO DE LA OSSA, |
| D | Procesos y métodos en Psicología social y Psicología Jurídica | José Ignacio Ruiz Pérez | Completo: RIESGO DE SUICIDIO EN PRISIÓN Y FACTORES ASOCIADOS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN CINCO CENTROS PENALES DE BOGOTÁ Colombia, Revista Colombiana De Psicología ISSN: 0121-5469, 2002 vol:11 fasc: págs: 99 - 114 Autores: VANESSA SANCHEZ MENDOZA, JOSE IGNACIO RUIZ, DARIO PAEZ |

Anexo 8. Contenido de artículos recuperados sobre suicidio a nivel nacional 1990-2010

| Fuente | Autores | Objetivo | Diseño | Conclusiones |
|--|--|---|---------------------|---|
| ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA 13 (1): 143-154, 2010 | Silva de Souza, M., Said Daher Baptista, A., Nunes Baptista, M. (2010) | Evaluar la relación entre apoyo familiar, salud mental y comportamientos de riesgo. | Correlacional | Fueron encontradas correlaciones significativas entre las puntuaciones de los tres instrumentos, mostrando de esa forma que las tres variables estarían relacionadas. |
| Aquichan AÑO 9 - VOL 9 N° 3 - CHIA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2009 | Carvajal-Carrascal, G., y Caro-Castillo, C. V. (2009) | Analizar el concepto de soledad en la adolescencia a través de la metodología propuesta por Walker y Avant. | Revisión conceptual | La soledad como problema que afecta la salud y la calidad de vida de los adolescentes representa un reto para los profesionales de enfermería, en la implementación de intervenciones que se construyan a partir de teorías disciplinares que puedan facilitar el abordaje de este fenómeno. La soledad constituye un factor de riesgo para conductas autolesivas en adolescentes. |
| Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 26(2)/pp. 227-241/2008/ISSN1794-4724 | Rey Anacona, C. A. (2008) | Realizar un análisis de la literatura en relación con los estudios de prevalencia, los factores de riesgo y las dificultades asociadas con dicha forma de violencia de pareja. | Revisión conceptual | Dicha forma de violencia parece ser un factor de riesgo para varias dificultades de salud, como el abuso de sustancias, el sexo inseguro, las conductas inadecuadas de control de peso, la baja autoestima y los intentos de suicidio. |
| Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 25(2)/pp. 40-62/2007/ISSN1794-4724 | Palacios, X., Barrera, A. M., Peña, M. E. (2007) | Revisar la producción científica sobre suicidio en la población infantil, mediante un análisis bibliométrico de los artículos publicados durante el periodo 1985-2005 | Revisión conceptual | Los contenidos más comunes son los de revisión teórica del suicidio en niños (conceptualización, suicidio consumado, ideación suicida e intención suicida) y evaluación de suicidio en esta población. |
| Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 28(1)/pp. 74-84/2010/ISSN1794-4724-ISSNe2145-4515 | Martínez González, M. E., Saura, C. I., Piqueras Rodríguez, J. A., Oblitas Guadalupe, L. A. (2010) | Revisar el papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente | Revisión conceptual | Cada vez existe más acuerdo respecto a la necesidad de fomentar en los colegios e institutos los estilos de conducta prosociales basados en la asertividad, con el fin de prevenir la aparición de conductas violentas y fomentar las conductas de tipo prosocial beneficiosas para la salud. |
| Colombia Médica Vol. 36 No 3, 2005 (Julio-Septiembre) | Bravo, P. A., Bravo, S. M., Porras, B., Valderrama, J., Erazo, A., Bravo, L. E. (2005) | Estimar la prevalencia de sustancias psicoactivas en las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento de necropsia, que fueron analizadas en el laboratorio de Toxicología del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional Suoccidente de Cali, Colombia. | Epidemiológico | Del total de las muertes, 50% se presentaron en menores de 30 años y 84.8% eran hombres. La manera más frecuente de muerte fue por homicidio (53.7%), seguida por muerte natural (17.8%), accidente de tránsito (15.5%), accidental (6.7%) y suicidio (6.2%). La prevalencia de sustancias psicoactivas (alcoholemia más drogas de abuso y tóxicas) fue 31.9%, alcoholemia 23.7% y drogas de abuso y sustancias tóxicas 29.2%. La cocaína (21.2%) y la marihuana (14.1%) fueron las drogas de abuso más prevalentes. En 47.4% de los suicidios se encontró evidencias de sustancias psicoactivas siendo muy variadas las drogas utilizadas. En homicidio, 35.2% tuvo hallazgo de psicotrópicos. |
| Revista colombiana de estadística, Volumen 30 No. 1. pp. 69 a 75. Junio 2007 | Correa, J.C. (2007) | Construir intervalos de confianza basados en el teorema central del límite, el método exacto y la razón de verosimilitud cuando se tiene una sola observación | Estudio de caso | El número de suicidios en Colombia fue 1786 casos en el año 2005. El número esperado de suicidios está en el intervalo (1703.16, 1868.83) a un nivel de confianza del 95%. Este intervalo se construyó utilizando el método basado en la máxima verosimilitud. Si la población a mitad de año era de 45795000 habitantes, entonces la tasa de suicidios por cada 100000 habitantes puede estimarse entre 3.7191 y 4.0808 con una confianza del 95%. |
| Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2009; 25, (2): 350-361 | Gómez, A.M., Godoy, G., García, D., León-Sarmiento, F. E. (2009) | Hacer una reflexión acerca de la relación patológica entre amor y violencia en las relaciones de pareja, lo | Cualitativo | En general, aunque el suicidio se presenta en hombres solteros, divorciados o viudos, principalmente sucede alrededor del momento en que una relación sentimental termina. Para poder llevar una relación a puerto seguro no es suficiente establecerla, sino que, |

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| | | | cual provoca víctimas mortales en forma de homicidios o suicidios. | | además, hay que cultivarla con diferentes ingredientes físicos, mentales y aun espirituales, para ayudar a prevenir desenlaces sentimentales fatales, basados en dolorosas e indeseables evidencias. |
| Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2008; 24, (2): 235-247 | Alonso Palacio, M. A., Pérez, G., Alcalá, G., Galvez, A. L., Consuegra, A. (2008) | Determinar los comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes recién ingresados a una universidad privada durante el segundo semestre del 2006 y el primer semestre del 2007. | Epidemiológico | | Promedio de edad: 18 años; mujeres: 52,7%. El 13,5% presentó sobrepeso y 2,6% obesos, 1 de 5 camina más de 10 minutos al día y 1 de 5 camina todos los días menos de media hora. Para el control del estrés: 43,3% escucha música; el 67,2% ha consumido alcohol; 35,2% ha fumado. El 51,5% inició vida sexual; 56,6% utiliza método para planificación familiar. Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual: 1,1%. En el último año el 4,3% ha considerado el suicidio; de éstos 65,2% han realizado intentos. Las conductas de riesgo son prevalentes por lo que se hacen imprescindibles estrategias para modular su influencia sobre la salud a corto y largo plazo. |
| Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 17: 19-28, 2003 | Tuesca, R., Navarro, E. (2003) | Identificar los factores de riesgo asociados en la población de suicidas consumados y no consumados en Barranquilla durante 1999-2000 | Casos y controles | | Los trastornos del comportamiento asociado a los casos fue la ansiedad (OR=7,33; p=0,00) y el temperamento explosivo (OR=3,48; p=0,00). La depresión como trastorno de tipo psiquiátrico afectó de manera importante los casos (89,8%), siendo éste un factor de riesgo significativo (OR=18,16 p=0,00). El evento de haber estado hospitalizado y padecer una enfermedad crónica se encuentra relacionado con la conducta suicida (OR=2,81; p=0,00 y OR=8,31; p=0,00, respectivamente). La ansiedad, la depresión, la presencia de enfermedades crónicas y la hospitalización son factores de riesgo del suicidio en Barranquilla. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. XXXVI / No. 4 / 2007 | García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Arias, S., Ocampo, M., Calle, J., Restrepo, D., Vargas, G., López, C. (2007) | Describir en un grupo de sujetos que ingresaron por intento de suicidio a los servicios de urgencias de diferentes centros asistenciales de Medellín (Colombia), las características de aquellos clasificados en la evaluación clínica psiquiátrica como de alto y bajo riesgo de reincidencia. | Descriptivo | | Las características asociadas de manera independiente con ser considerado de alto o bajo riesgo de reincidencia según una evaluación clínica psiquiátrica en este grupo de sujetos evaluados en servicios de urgencias de la ciudad de Medellín fueron: la presencia de trastorno depresivo mayor, el empleo de métodos violentos, la intoxicación por sustancias psicoactivas durante el intento y las razones para vivir evaluadas con el RFL, principalmente el dominio "creencia en la vida y capacidad de afrontamiento". Aunque los resultados no son generalizables, son similares a los encontrados en otros lugares. Es necesario hacer estudios longitudinales que permitan determinar la magnitud del efecto de estas variables en la predicción del riesgo de conducta suicida. |
| Rev. Salud pública. 6 (3):217-234, 2004 | Sánchez, R., Orejarena, S., Guzmán, Y. (2004) | Establecer tipologías de los suicidas en relación con un grupo de variables descritas como factores de riesgo y describir el comportamiento de dichas tipologías a lo largo del tiempo. | Observacional | | Se detectaron 171 casos de suicidio en 1985, 222 casos en 1990, 273 en 1995 y 329 en el año 2000. Se evidenció que factores como la comorbilidad física o mental, el uso de sustancias psicoactivas, el acceso a métodos letales, y el poco uso de armas de fuego por parte de las mujeres, son factores constantes en los años estudiados. A su vez, se presentaron cambios en algunas tipologías que se relacionaron con la presencia de adicciones en mujeres y el VIH-SIDA. La aparición de cambios en los perfiles epidemiológicos y en los estilos de vida sugiere que los factores de riesgo de suicidio son un elemento dinámico, que se modifica con el tiempo. |
| Rev. salud pública. 7 (3): 243-253, 2005 | Palacio-Acosta, C., García-Valencia, J., Diago-García, J., Zapata, C., Ortiz-Tobón, J., López-Calle, G., López-Tobón, M. (2005) | Describir las características sociodemográficas y clínicas de un grupo de individuos que fallecieron por suicidio en la ciudad de Medellín entre 2000 y 2003, e identificar posibles agrupaciones dentro de las características sociodemográficas y clínicas de los individuos suicidados. | Descriptivo | | El 50 % de los individuos estudiados tenían una edad menor de 29 años y el 79,4 % pertenecían al sexo masculino. El método de suicidio más frecuente fue el ahorcamiento (47,2 %), el 68,5 % habían manifestado deseos de morir y el 35,2 % intentaron suicidarse previamente. Se identificaron tres ajes, cada uno con dos agrupaciones de características sociodemográficas y clínicas. |

| | | | | |
|---|--|---|-------------------|---|
| Rev. salud pública. 7 (3): 254-267, 2005 | Sánchez, R., Tejada, P., Martínez, J. (2005) | Describir los patrones que muestran las muertes violentas en Bogotá durante 1997 a 2003 | Observacional | Para cuatro tipos de muerte violenta analizados (homicidio, accidente de tránsito, suicidio y accidental diferente de accidente de tránsito), se observó una tendencia en la reducción del número de muertes durante el período analizado, más marcada en los casos de homicidio y accidente de tránsito. En todos los casos, excepto en los de suicidio, se evidenció un patrón estacional, con incremento de frecuencia de muertes en diciembre. Los pronósticos señalan un sostenimiento de las tendencias decrecientes de las series, más marcado en el caso de homicidios y accidentes de tránsito, que en el de suicidios y otras muertes accidentales. |
| Rev. salud pública. 5 (2): 123-143, 2003 | Calvo G, J. M., Sánchez, R., Tejada, P. (2003) | Cuantificar la prevalencia de ideación suicida en una población de estudiantes universitarios, caracterizar grupos en relación con la ideación y las conductas suicidas y determinar las variables que se asocian con ideación suicida e intentos de suicidio. | Observacional | La prevalencia de ideación suicida actual fue 3,6 % y 18 % en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en estudiantes de género femenino. El antecedente de violación, permanecer mas de ocho horas diarias solo y el género femenino, fueron los factores más fuertemente relacionados con la ideación suicida. En esta población no se observó relación entre ideación suicida y exposición al suicidio de otros. |
| REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9 (2), Junio 2007 | Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussan-Buitrago, M.M., Ayala-Aguilera, J. P. (2007) | Caracterizar psiquiátrica y socialmente el intento suicida atendido en una clínica infantil de Bogotá, entre 2003 y 2005. | Descriptivo | Las mujeres constituyeron 81,4 %. La edad promedio fue 15,3 años y 70,9 % tenía máximo 16 años. El 63,1 % de familias tenían bajos ingresos. La intoxicación fue el método suicida del 96,9 %. El 38 % tuvo seguimiento ambulatorio máximo por 2 meses. Solo 13,2 % requirió medicina antidepresiva o moduladora del afecto. El 87,9 % tenía estresantes familiares o escolares. El 83,5 % tenía problemas con los padres, y en 72,3 %, los padres tenían relación conflictiva. Eran primogénitos 46,5 %. Se encontraron 40 situaciones de maltrato. El 27,2 % tuvo intento suicida previo. Los trastornos adaptativos, la disfunción familiar y los trastornos del afecto fueron los principales diagnósticos psiquiátricos. El 37,6 % tenía problemas escolares, pérdida escolar o conflictos con los maestros. El sexo masculino se asoció con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares o sentimentales y el femenino con ansiedad predominante y maltrato físico. |
| REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 10 (3), Julio 2008 | Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J.C., Atuesta-Fajardo, J. Y., Suárez-Díaz, M. J. (2008) | Caracterizar pacientes con intento suicida atendidos en Psiquiatría en la Unidad Primaria de Atención (UPA) La Estrella entre octubre-2004 y octubre-2005 y determinar la persistencia de ideación suicida, los factores asociados así como factores predictores. | Casos y controles | Los casos aumentaron de 6 en octubre-2004 hasta 10 en octubre-2005, con promedio mensual: $12 \pm 3,6$ casos. El 80 % tenía 30 años o menor edad, 66,7 % eran mujeres, 24,4 % estudiantes y 20,5 % desempleados. Como desencadenantes: disfunción familiar y conflictos de pareja en 35,2 % cada uno. El 49 % consumió alcohol previo al intento suicida. La persistencia de ideación suicida se asoció con tener 31 años o más, desempleo, más de un intento suicida previo, conflictos sin resolver y disfunción familiar. La no resolución de conflictos, $OR=106,7$ (IC 95 %: 6,8, 1668,4) y la disfunción familiar, $OR=11,05$ (IC95 %: 1,7, 71,2) fueron predictores de la persistencia de ideación suicida en el modelo de regresión logística. |
| Rev. salud pública. 12 (5): 713-721, 2010 | García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J. E., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J.C., González-Gómez, J.G. (2010) | Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a intento de suicidio para determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo presentes en pacientes con tentativa de baja letalidad y los de alta letalidad. | Observacional | Del total de 106 pacientes, 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Los porcentajes más elevados se presentaron, en la mayoría de los casos en el grupo de tentativa de alta letalidad pero solo en dos factores se encontró diferencia estadística significativa: "vivir solo" e "intoxicación etílica previa". Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron: antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia. |
| revista colombiana de psiquiatría / vol. xxx / no | Franco Zuluaga, A. (2001) | Analizar las conductas suicidas a la luz de principios bioéticos (autonomía, no | Cualitativo | Intento de suicidio que ponga en peligro la vida de terceras personas (agentes morales), como los realizados con gas doméstico, CO ₂ y explosivos: paternalismo fuerte |

| | | | | |
|--|---|--|-------------------|---|
| 4 / 2001 | | maleficencia, beneficencia y justicia) y se propone un modelo para el tratamiento de este tipo de conductas desde la óptica de la teoría principialista, la cual permite sopesar los diferentes niveles de prioridad, al partir de deberes de prima facie. | | justificado es decir hospitalización y tratamiento obligatorio. Estado vegetativo persistente como consecuencia de un intento de suicidio: eutanasia, interpretando el intento de suicidio como un testamento vital. Intento de suicidio como consecuencia de un trastorno o enfermedad mental: paternalismo blando, representado en la intervención psicoterapéutica con la finalidad que el usuario (paciente con derechos) acceda a tratamiento. Intento de suicidio con un tercero posiblemente perjudicado (feto), si hay trastorno o enfermedad mental: paternalismo blando y luego de superada la crisis y evaluados los posibles daños al feto, la mujer debe decidir sobre la continuidad de su embarazo. Intento de suicidio grave en personas con enfermedades crónicas o degenerativas que lleven necesariamente a la muerte, o sean gravemente discapacitantes: ofrecer la posibilidad del suicidio asistido. Suicidio en ejercicio pleno de la autonomía: respetar la decisión. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 3 / 2009 | Aristizábal Gaviria, A., González Morales, A., Palacio Acosta, C., García Valencia, J., López Jaramillo, C. (2009) | Identificar en una muestra de población antioqueña con trastorno depresivo mayor y antecedente de conducta suicida las características que se asocian a intentos de suicidio de alta letalidad. | Descriptivo | Los sujetos con intentos de suicidio de letalidad alta y extrema con mayor frecuencia vivían solos, tenían antecedente de más de un intento de suicidio y presentaban dependencia a nicotina y a sustancias psicoactivas diferentes al alcohol. En el análisis multivariado se estableció que vivir solo y la dependencia a sustancias psicoactivas se asociaron de manera independiente con los intentos de suicidios de letalidad alta y extrema. Los presentes resultados se proponen como factores para tener en cuenta en la valoración del riesgo suicida en sujetos con trastorno depresivo mayor. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 2 / 2010 | Muñoz Morales, E. J., Gutiérrez Martínez, M. I. (2010) | Determinar los factores individuales, familiares y sociales asociados en la ocurrencia del suicidio en el Departamento de Nariño. | Casos y controles | En la muestra, el 70% de casos y controles corresponden a los hombres. En el modelo de regresión logística condicionada permanecieron los siguientes predictores como efecto independiente en el riesgo de suicidio: falta de práctica religiosa activa, escolaridad menor de 11 años, diagnóstico psiquiátrico previo, intento de suicidio previo, presencia de estrés agudo y depresión. Con sus hallazgos es posible desarrollar un programa municipal de prevención de suicidio en jóvenes de Pasto, Nariño. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 3 / 2010 | Ballesteros-Cabrera, M., Gutiérrez-Malaver, M.E., Sánchez Martínez, L.M., Herrera Medina, N.E., Gómez Sotelo, A.P., Izzedin Bouquet, R. (2010) | Realizar una reconstrucción teórica del fenómeno del suicidio desde la teoría de las representaciones sociales de jóvenes estudiantes de las universidades Surcolombiana, de Neiva, y la Nacional de Colombia, sede Bogotá. | Cualitativo | Las representaciones sociales del suicidio en la juventud se agruparon en torno a las perturbaciones psíquicas, el drama existencial y los dilemas vitales. Esta reconstrucción teórica evidencia una necesaria transformación en las relaciones entre los jóvenes y los adultos colombianos, que implica que se respeten los derechos de los primeros y se les permita expresar sus sentimientos. De esta forma se podrá influir de manera positiva en la construcción del futuro de este grupo etario. |
| Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV / No. 1 / 2005 | Sánchez Pedraza, R., Guzmán, Y., Cáceres Rubio, H. (2005) | Evaluar la imitación como factor de riesgo asociado con las conductas suicidas en estudiantes universitarios adolescentes. | Epidemiológico | Se encontró que 56 estudiantes (28,4%, IC 95%: 22,2%-35,3%) estuvieron expuestos a información sobre alguna persona que cometió suicidio, principalmente un amigo. La exposición a este tipo de información fue llamada, para fines del presente estudio, riesgo de imitación. El pertenecer a grupos sociales (especialmente deportivos), tener diagnóstico psiquiátrico del espectro depresivo, tener acceso a métodos letales e historia de abuso físico en la infancia se asoció con riesgo de imitación. Este estudio sugiere que la imitación desempeña un papel importante como factor de riesgo en algunos grupos de adolescentes, principalmente cuando hay coexistencia de trastornos psiquiátricos. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 1 / 2008 | García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., López, M. (2008) | Determinar si tipos específicos de eventos vitales constituyen de manera independiente factores de riesgo para el suicidio en Medellín, Colombia. | Casos y controles | Los eventos vitales adversos ruptura con la pareja afectiva, dificultades económicas y desempleo aumentan el riesgo de suicidio, independientemente de la presencia de otros factores. Dichos eventos deben tenerse en cuenta tanto en el diseño de estrategias de prevención y en las políticas de salud mental. |
| Revista Colombiana de | Gómez-Restrepo, C., | Describir y analizar el perfil | Epidemiológico | La prevalencia para intentos de suicidio en el último año y a través de toda la vida fue de |

| | | | | |
|--|--|--|--------------------------|---|
| Psiquiatría, vol. XXXI / No. 4 / 2002 | Rodríguez Malagon, N., Bohórquez, N., Díazgranados M., Ospina García, M.B., Fernández, C. (2002) | epidemiológico y los factores asociados al intento de suicidio en una muestra de la población Colombia- na. | | 1,2% (IC 95%: 1,06-1,34) y 4,25% (IC 95%: 4,25-4,81) respectivamente. Con la técnica de regresión logística para variables policótomas, los intentos de suicidio en el último año estaban asociados con: edades de 16 a 21 años OR = 2,5 (IC 95% 1,5-4,2), depresión grave OR = 11,8 (5,1-27,3), moderada OR = 5,3 (3,1-9,0) y leve OR = 3,6 (2,4-5,8), niveles moderados y graves de ansiedad OR = 3,4 (1,8-6,7). El intento de suicidio en Colombia tiene una prevalencia similar a la de otros países, la población con mayor riesgo tiene entre 16 y 21 años, presenta depresión o ansiedad, consulta al médico por 'nervios', es objeto de abuso verbal (particularmente en las mujeres) o tiene diferentes valores morales a los de su familia. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 4 / 2010 | Castro-Rueda, V.A., Rangel Martínez-Villalba, A.M., Camacho, P.A., Rueda-Jaimes, G.E. (2010) | Determinar los factores de riesgo y protección para intento suicida en una población de pacientes con suicidabilidad que acude a consulta especializada en una clínica privada de Bucaramanga, Colombia. | Casos y controles | Se encontraron como factores de riesgo para intento suicida el consumo de alcohol durante el último año (OR=2,01; 1,30-3,11) y los problemas familiares o de pareja (OR=2,16; 1,31-3,55); como factores protectores, la edad (OR=0,39; 0,22-0,69) y el tener hijos (OR=0,46: 0,29-0,73). Los factores protectores y de riesgo para intento suicida en pacientes con suicidabilidad de Bucaramanga fueron similares a los informados previamente en la literatura. |
| Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV / No. 4 / 2005 | Caycedo B, M.L., Jimenez, K. (2005) | Analizar la relación entre la depresión mayor y las características sociodemográficas y psicológicas de pacientes hospitalizados en la Clínica Nuestra Señora de la Paz que habían sido atendidos por el Servicio de Psicología, en el periodo 2000-2001 con diagnóstico de depresión mayor. | Descriptivo-exploratorio | 47% presentó diagnóstico de depresión mayor con uno o más intentos de suicidio; 25% presentó como método de suicidio utilizado la ingesta de sustancias. Este estudio refleja la notoria influencia de variables psicológicas y sociodemográficas en la manifestación del trastorno depresivo mayor. |
| Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV / No. 3 / 2005 | Pérez Barrero, S.A. (2005) | Enunciar los mitos sobre el suicidio y exponer los criterios científicos que desde este momento deben primar para poder hacer efectiva la ayuda en prevenir el suicidio | Cualitativo | Los mitos sobre el suicidio, el suicida y los que intentan el suicidio constituyen obstáculos para la prevención de dicha conducta, por lo que se impone que se divulguen –y junto a ellos– los criterios científicos para que la población tenga más recursos con los cuales enfrentar a los individuos en riesgo. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 3 / 2008 | Sánchez Pedraza, R., Tejada Neira, P.A., Guzmán Sabogal, T. (2008) | Describir el comportamiento de las muertes violentas tanto en hombres como mujeres, para efectuar un pronóstico, a doce meses, sobre la mortalidad por estas causas en Bogotá, para cada uno de los sexos, utilizando una metodología de análisis de series de tiempo. | Observacional | Se encontró que las muertes violentas son más frecuentes entre hombres, que los homicidios tienen un patrón estacional en hombres y que la frecuencia muestra una tendencia decreciente, excepto para el suicidio en mujeres, grupo en el cual el comportamiento es estable y que podría generar, a largo plazo, que se pierda la diferencia en la frecuencia entre hombres y mujeres. Establecer las características de las muertes violentas por sexo permitirá el diseño de políticas con mayor orientación, según las características específicas de riesgo en los grupos. el presente estudio sugiere que la frecuencia de suicidios entre hombres y mujeres tiende a igualarse. En relación con los intentos de suicidio, que obviamente son susceptibles de terminar en un desenlace fatal, la mayor frecuencia en mujeres podría relacionarse con depresión, maltrato, abuso sexual infantil y violencia intrafamiliar, cuyas víctimas predominantes son las mujeres, y es un fenómeno de alta prevalencia en nuestro país. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37 / No. 2 / 2008 | Sarmiento Suárez, M.J., Caballero Duque, A. (2008) | Discutir el curso clínico de la intoxicación con Chlorfenapyr y el uso de pesticidas con fines suicidas. | Estudio de caso | Los pesticidas son una causa frecuente de las muertes por suicidio en el personal que trabaja en cultivos; teniendo en cuenta que aun no existe un antídoto contra el Chlorfenapyr, es prioritario enfatizar en el establecimiento de programas de salud pública y ocupacional encaminados a evaluar la salud mental del personal que trabaja en estas áreas y de este modo brindar un tratamiento adecuado y oportuno, que disminuya las tasas de suicidio y mejore la calidad de vida de estos trabajadores. Es prioritario hacer |

| | | | | |
|--|---|---|--------------------------|--|
| | | | | hincapié en el establecimiento de programas de salud pública y ocupacional, encaminados a evaluar la salud mental del personal que trabaja en estas áreas y, de este modo, brindar un tratamiento adecuado y oportuno, que disminuya las tasas de suicidio y mejore la calidad de vida de estos trabajadores. |
| Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXII / No. 4 / 2003 | Amézquita Medina, M.E., González Pérez, R.E., Zuluaga Mejía, D., (2003) | Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado, modalidad presencial, de la Universidad de Caldas, año 2000. | Descriptivo | Se encontró una prevalencia del 49,8% para depresión, 58,1% para ansiedad y 41% para ideación suicida. Entre las asociaciones para depresión y ansiedad que resultaron estadísticamente significativas fueron: Programa de Desarrollo Familiar; sexo femenino; pérdidas afectivas, académicas, económicas y de salud; insatisfacción con la carrera; dificultades en las relaciones con compañeros y docentes; responsabilidades académicas, y comportamiento suicida. Las asociaciones específicas para depresión fueron: apartamento compartido con compañero, intervalos de edad (40-44 y 15-19), y para ansiedad: período académico (segundo año), todos los grupos de edad y estratos socioeconómicos uno y dos. Para suicidio resultaron estadísticamente significativas las siguientes asociaciones: programa de Filosofía y Letras y Diseño Visual (categorías de interés por alta frecuencia), Educación Física y Biología y Química (categorías de interés por baja frecuencia); período académico (primer año); pérdidas afectivas, académicas, económicas y de salud; satisfacción con la carrera (categoría de interés por baja frecuencia); dificultad en las relaciones con compañeros y docentes; responsabilidades académicas, y apartamento compartido con compañeros. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 4 / 2009 | Mojica, C.A., Sáenz, D.A., Rey-Anacona, C.A. (2009) | Examinar la relación entre el riesgo suicida y la desesperanza, la depresión en las variables sociodemográficas edad, tiempo de condena, tiempo de reclusión y número de reclusiones, en una muestra de internos condenados de una cárcel colombiana. | Correlacional | El 20% de los participantes presentaba riesgo suicida según la puntuación obtenida en el instrumento utilizado. La comparación entre los participantes con riesgo y sin riesgo suicida, por medio de la prueba ANOVA de un factor, mostró que la media de puntuaciones del primer grupo era significativamente mayor en desesperanza y en depresión. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas. Un análisis de regresión lineal con ajuste al modelo, evidenció una correlación positiva estadísticamente significativa con desesperanza y depresión y con el número de reclusiones, pero no con las variables sociodemográficas. Los reclusos que presentan riesgo suicida tienen mayores grados y niveles moderados y altos de desesperanza y de depresión y existe una correlación positiva entre el riesgo suicida y estas dos variables. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 4 / 2010 | Rueda-Jaimes, G.E., Rangel Martínez-Villalba, A.M., Castro-Rueda, V.A., Camacho, P.A. (2010) | Determinar las diferencias entre adolescentes y adultos con ideas o actitudes suicidas que acuden a una clínica privada de Bucaramanga, Colombia. | Comparativo | Los adolescentes fueron con mayor frecuencia mujeres, presentaron más intentos suicidas (OR=3,64; IC95%: 2,13-6,20), pero menos trastornos mentales severos (OR=0,42; 0,25-0,71). Los adolescentes bumanguenses con riesgo suicida fueron con mayor frecuencia mujeres, tuvieron mayor porcentaje de intentos suicidas y problemas mentales de menor gravedad que los adultos. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 2 / 2010 | De la Espriella, R. (2010) | Analizar las características y los factores de riesgo probables, según el riesgo de suicidio por aplicación a posteriori de la escala SADS PERSON. | Epidemiológico | Según el método de suicidio, el más utilizado fue el ahorcamiento en 11 casos, tres de ellos (25% de la muestra) con material de inmovilización. La escala puntuó como riesgo alto en uno de los casos presentados. Las medidas de acción frente al riesgo detectado fueron usadas por algunos pacientes para suicidarse; los pacientes sobrepasaron las acciones de control sobre el riesgo. No es posible el control total del riesgo, más aún si se tiene en cuenta la complejidad y las variables que llevan a una persona a suicidarse. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / No. 2 / 2010 | González, A., Rodríguez Betancur, A., Aristizabal, A., García Valencia, J., Palacio, C., López Jaramillo, C. (2010) | Identificar diferencias en las características sociodemográficas y clínicas entre hombres y mujeres suicidas en una muestra de Antioquia (Colombia). | Descriptivo-exploratorio | Se identificaron diferencias significativas independientes del sexo. La manera de muerte con arma de fuego, vivir solo y suicidio bajo efectos del alcohol se asociaron con el sexo masculino; mientras, el suicidio en casa y dejar una nota previa se asociaron con el sexo femenino. |

| | | | | |
|--|---|--|-------------------|--|
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. XXXI / No. 2 / 2002 | Gómez-Restrepo, C., Rodríguez Malagon, N., De Romero, L., Pinilla, C., López, E., Díaz-Granados, N., Nossa, N. (2002) | Describir la mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas desde 1973 hasta 1996, basándonos en los datos emanados del certificado de defunción del DANE. (2) Establecer los factores asociados al suicidio en la población colombiana, utilizando modelos de regresión logística. | Epidemiológico | Entre las variables sociodemográficas estudiadas para el lapso 1973-1996 encontramos que la mayor proporción de muertes causadas por suicidio se presentó dentro del grupo de 15 a 24 años, para las mujeres, y mayores de 60 años, para los hombres. La tasa de suicidio fue de 2-4/100.000 para ambos géneros y para todos los grupos de edad durante estos años, y osciló entre 4-6/100.000 para hombres y de 1-3/100.000 para mujeres. Las cifras aumentan a 4-5/100.000 para personas mayores de 15 años. Se presentan los modelos de asociación para 3 años (1985, 1993 y 1996), en los cuales se observó durante 1996 un OR = 54,4 (IC 95%: 38,4-77,1, p? 0,05) para el grupo de 15 a 24 años, y de 8,7 (6,1-12,3) para aquellos de 25 a 59 años. Para los hombres se calculó un OR = 3,1(2,7-3,6), así como un OR = 0,4 (0,3-0,5) para la zona urbana. Igualmente, se describen otras proporciones y asociaciones de importancia. |
| Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 1 / 2009 | García Valencia, J., Palacio Acosta, C. A., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M. V., Aguirre, B., Casals, S., Calle, J., Restrepo, D., López Jaramillo, C. A. Holguín, J. C., López Tobón, M. C., Montoya Guerra, P., Arango Viana, J. C., García, H. (2009) | Evaluar la estructura factorial, la confiabilidad y la validez de contenido y constructo de una versión en español para Colombia del Inventario de Razones para Vivir (RFL) en una muestra clínica de sujetos con intento de suicidio. | Psicométrico | La estructura factorial tiene seis dominios que explican el 63,5% de la varianza: "Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento", "Miedo a la muerte y a la desaprobación social", "Responsabilidad con la familia", "Preocupación por los hijos", "Percepción de incapacidad para el suicidio" y "Objecciones morales". La consistencia interna fue alta (Alfa de Cronbach=0,96), así como la reproducibilidad prueba-reprueba (CCI=0,89, IC95%: 0,78-0,94). Cuando se evaluó la validez del constructo encontramos diferencias significativas en las puntuaciones del RFL entre individuos con riesgo de suicidio alto y bajo, definido clínicamente. Conclusiones: La versión colombiana del RFL muestra buenas propiedades psicométricas en una población clínica con comportamiento suicida. |
| Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV / No. 3 / 2005 | Rodríguez G, M., Guerrero, S. (2005) | Determinar las causas y frecuencia de las lesiones autoinfligidas en mujeres con TCA entre junio de 1997 y enero de 2005, en Bogotá. | Casos y controles | Se encontraron 82 mujeres (22,6%) que, además de los síntomas anoréxicos o bulímicos, se cortaban o quemaban la piel, se golpeaban la cabeza u otras partes del cuerpo hasta sentir dolor, se mutilaban dedos u otras partes del cuerpo hasta sangrar o presentaban varias conductas simultáneamente. De estas, 12 eran anoréxicas de tipo restrictivo, 17 tenían anorexia combinada con atracones o purgas, 38 padecían bulimia nerviosa y 17 presentaban un trastorno por atracones de alimentación. La automutilación estuvo asociada de manera significativa con trastorno de estrés posttraumático (TEPT), personalidad límite, trastorno afectivo bipolar (TAB) con episodios mixtos e intentos de suicidio previos. El riesgo de TEPT en las pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) que se automutilan es el doble de aquellas sin comportamientos de auto daño, que se ajustan a TAB con episodios mixtos, personalidad límite e intentos de suicidio (OR = 2,04; IC 95%: 1,1-3,8). Estos hallazgos evidencian la necesidad de realizar una aproximación sistemática y estandarizada del síntoma automutilatorio en pacientes con TCA y muestran la relevancia de otras patologías comórbidas, en las que sobresalen los síntomas disociativos, afectivos o de discontrol de impulsos. Las pacientes con TCA y automutilaciones parecen constituir un subgrupo clínico de mayor gravedad, en las que se necesita una aproximación terapéutica específica. |
| Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 27 N.º 3 septiembre-diciembre 2009 | Toro, D. C., Paniagua, R. E., González, C. M., Montoya, B. (2009) | Explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolescentes escolarizados. | Correlacional | La prevalencia del riesgo de suicidio se situó entre 23,0% y 26,5%. La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4,3 y 2,0 respectivamente. Los resultados muestran la magnitud de un problema que deben tener en cuenta las autoridades educativas, la administración municipal y los padres de familia. Es prioritario fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para depresión (no solo limitados al medicamento). Es necesario promover la estrategia de escuela de padres en instituciones educativas, hacer énfasis en temas referentes a la |

| | | | | |
|---|---|--|----------------|---|
| | | | | salud mental y resaltar la importancia en la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia. |
| Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 27 N.º 1 enero-abril 2009 | Martínez, A. B., Guinsberg, E. (2009) | Describir los avances de investigación en el marco de una tesis doctoral sobre el intento de suicidio en jóvenes y sus significados. | Cualitativo | Se plantea la necesidad de construir una mirada que de cuenta del significado de la muerte, del sentido de la vida, y de la forma cómo viven tanto hombres y mujeres, con conductas suicidas. |
| Rev Latinoamericana de psicología, 1995, vol 27 - No.2, 263-282 | Alsina, S., Rodríguez, J. R. (1995) | Identificar los factores psicológicos y sociales que pueden llevar a los adultos mayores a cometer suicidio. | Epidemiológico | La población de 65 años o más refleja en todos los años revisados una tasa mayor de suicidios que el resto de la población. La proporción de envejecientes hombres que se suicidan ha aumentado en términos generales a través de la última década. No sucede lo mismo en las mujeres, en donde la tendencia ha sido ha disminuir o permanecer relativamente estable. El método más comúnmente utilizado por hombres es el ahorcamiento, mientras que en las mujeres no está claramente definido. |
| Rev Latinoamericana de psicología, 2006, vol 38 - No.2, 343-359 | Moyano, E., Barria, R. (2006) | Examinar el suicidio desde una perspectiva psicosocial y económica | Correlacional | El análisis de las tasas de suicidio muestra una curva accidentada ascendente y correlacionada con algunos resultados económicos tales como la curva del PIB, de manera que el modelo globalizado de economía social de mercado en Chile produce crecimiento económico pero no mejora las condiciones de salud mental de la población al considerar el suicidio como indicador de ésta, observándose inequidad económica y de salud, precarización laboral, desconfianza interpersonal y debilitamiento de las redes sociales. |
| Acta Médica Colombiana Vol. 27 N.º 2 ~ Marzo-Abril ~ 2002 | Sánchez, R., Guzmán, Y., Orejarena, S. (2002) | Analizar las características de la edad en víctimas de suicidio en Bogotá durante los años 1999 y 2000. | Observacional | Se encuentra que la edad de los suicidas tiene un comportamiento bimodal, correspondiente a dos grupos poblacionales, uno con media de 21.3 años y otro con media de 43.5 años. El grupo de víctimas de suicidio de menor edad es un grupo más homogéneo. A diferencia de los informes de la literatura, los grupos de mediana edad en Bogotá presentan mayor riesgo que el grupo de ancianos. |
| Acta Médica Colombiana Vol. 24 N.º 4 ~ Julio-Agosto ~ 1999 | Campbell, S., Quintero, C., Guevara, J. G., Hernández, S., Falla, R. (1999) | Determinar la distribución y frecuencia de los intentos de suicidio letales y no letales en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá. | Descriptivo | En el departamento del Caquetá el único método utilizado para los intentos de suicidio y suicidios fue el uso de sustancias tóxicas. Edad promedio 23,9 años (IC95%=22,2-25,5). El grupo de edad más afectado fue el de 11 a 20 años (54,4%). Predominó el sexo femenino tanto en los intentos de suicidio (relación F:M de 1,6:1) como en los suicidios (relación F:M de 1,4:1). Los solteros (54,4%) y los estudiantes (31%) fueron los más comprometidos. La depresión aparece como el motivo más frecuente por el cual se intenta el suicidio (18,1%), y el alcohol como la sustancia de mayor uso concomitante (87,5%). El intento previo de suicidio fue un factor de riesgo significativo ($p<0,001$). El promedio de intentos por mes fue de 14,2 casos. Se produjo una muerte por cada nueve intentos, tasa de letalidad de 9,9%. Los años de vida potencial perdidos (AVPP) sumaron 562 años con una tasa de AVPP de 5,8 años por 1000 personas menores de 65 años. |
| Acta Médica Colombiana Vol. 18 N.º 2 ~ Marzo-Abril-1993 | Vásquez, R., Gómez, D. L. (1993) | Comparar resultados de los estudios realizados por psiquiatras colombianos en la década de los 70, sobre las características del suicidio en el país, con los obtenidos por la revisión sobre el comportamiento de esta causa de mortalidad, en los últimos 20 años. | Comparativo | El suicidio se incrementó principalmente en la población joven y femenina. Mientras que en 1966 las mujeres constituían 33% del total de los suicidios, en 1991 pasaron a representar 44% de los mismos. En los menores de 20 años el porcentaje se duplicó al pasar de 22% en 1968 a 44% en 1991. Dicho incremento es más alarmante en los menores de 16 años quienes de 10% del total de suicidios en 1971, pasan a representar en 1991 37%. Estas cifras nos permiten afirmar que el suicidio se incrementó en quienes más intentan suicidarse, esto es: las mujeres menores de 20 años. Para la prevención de esta causa de mortalidad en nuestro país es imperioso brindar la mejor atención a todo intento de suicidio, teniendo en cuenta que es una señal de emergencia de quien lo padece y que el trabajo médico abarca el descifrar los factores contribuyentes y tratar de |

| | | | | |
|--|---|---|---------------------|--|
| | | | | modificarlos. |
| Hacia la Promoción de la salud, vol 13, enero-diciembre 2008, 143-153 | Amezquita Medina, M. E., González Pérez, R. E., Zuluaga Mejía, D. (2008) | Determinar la prevalencia, grado de depresión e ideación suicida en estudiantes de los grados 8, 9, 10 y 11 de ocho colegios oficiales en Manizales. | Correlacional | El más alto porcentaje de depresión correspondió a la categoría leve (21,3%) y el 45% presentó ideación suicida. El género femenino, de 12-14 años resultaron estadísticamente significativos. Los porcentajes más altos de ideación se encontraron en el grupo de edad 15-17 sexo femenino. |
| Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. No. 6: 48-69, 2000 | Barón B, O. P. (2000) | Hacer una revisión de los Conceptos, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento del intento suicida en adolescentes. | Revisión conceptual | Los factores determinantes del comportamiento suicida son: la motivación y la intención, los factores psicosociales y la psicopatología individual. Dentro de los factores psicosociales se ubican el estallido de la familia, la discontinuidad de la experiencia y la psicodinamia familiar. |
| Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia) 5 (1): 33-39, abril-junio de 2007 | Cogollo, Z., Campo-Arias, A. (2007) | Determinar la asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en adolescentes estudiantes de estrato socioeconómico bajo. | Correlacional | El 45,3% de los estudiantes mostró síntomas depresivos con importancia clínica, mientras el 30,7% tenía un pobre rendimiento académico, según la evaluación docente. El rendimiento académico resultó independiente de los síntomas depresivos con importancia clínica, aún después de controlar por otras variables. Los síntomas depresivos son frecuentes en estudiantes adolescentes de estrato bajo; no obstante, no guardan relación con el rendimiento académico. |
| Univ. Psychol. Bogotá. 6 (2): 231-244, mayo-agosto de 2007 | Dubugras, S., Guevara, B. S. (2007) | Identificar casos de H/S ocurridos en Porto Alegre entre 1996-2004. | Descriptivo | Los hombres fueron asesinos/suicidas y las mujeres y niños sus víctimas. El instrumento más utilizado fue el arma de fuego. Los precipitadores fueron celos, amenazas o rompimiento de una relación amorosa. |
| Univ. Psychol. Bogotá, Colombia v. 8 no. 2 PP. 447-454 may-ago 2009 issn 1657-9267 | García-alandete, J., España, J. F., Gallego-Pérez, E., Pérez-delGado, E. (2009) | Comprobar qué relación existe entre el sentido de la vida y la desesperanza en un grupo de 302 sujetos | Correlacional | Los resultados ($r = -0.550$, $p = 0.000$; $r_s = -0.502$, $p = 0.000$) apoyan la hipótesis planteada: el logro de sentido se asocia a nivel nulo-mínimo de desesperanza, mientras que el vacío existencial se asocia a nivel moderado-alto de desesperanza, de manera estadísticamente significativa. |
| Univ. Psychol. Bogotá, Colombia v. 9 no. 2 PP. 509-520 may-ago 2010 issn 1657-9267 | Villalobos-Galvis, F. H. (2010) | Hacer la adaptación del PANSI y el estudio de sus propiedades psicométricas | Psicométrico | El análisis factorial exploratorio mostró una estructura bifactorial que explicaba el 64% de la varianza. El primer factor correspondió a ideas suicidas negativas, mientras que el segundo, abarcó pensamientos protectores ante el suicidio. La escala total y las subescalas tuvieron altos valores de consistencia interna. El PANSI tuvo relaciones significativas con medidas de depresión, desesperanza, ideas suicidas y autoestima, y con indicadores de gravedad de la conducta suicida. Se concluye que el PANSI tiene buenas propiedades psicométricas, razón por la cual podría ser utilizada con estudiantes adolescentes y jóvenes. |
| Rev Panam Salud Publica. 2007;22(4):231-8. | Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. (2007) | Describir las tendencias de la mortalidad por suicidios en Colombia en el período de 1985 a 2002, analizar su comportamiento según el sexo, el grupo de edad y el mecanismo de lesión y calcular los años de vida potencial perdidos (AVPP) por suicidios en ese período. | Descriptivo | Se observó un aumento considerable en las tasas de suicidios en Colombia a partir de 1998, particularmente en la población de adultos jóvenes y en hombres. Las tasas más altas en los hombres se observaron en los grupos de 20 a 29 años y de mayores de 70, con un incremento en el tiempo. En las mujeres, las tasas más altas se registraron en el grupo de 10 a 19 años. La proporción de AVPP por suicidios aumentó de 0,81% en 1981 a 2,20% en 2002. En los hombres, los principales mecanismos de lesión fueron las heridas por armas de fuego y explosivos, el ahorcamiento y el envenenamiento, con un aumento relativo del ahorcamiento, mientras que en las mujeres fue el envenenamiento. Se confirmó la tendencia ascendente en la tasa de suicidios en Colombia, especialmente en el segmento de la población laboralmente activa, lo que conlleva un drástico incremento en los AVPP. |
| AIDS Care, August 2006; 18(6): 574:576 | Shelton, A. J., Atkinson, J., Risser, J. M. H., McCurdy, S. A., Useche, | Reportar la prevalencia de comportamientos suicidas en un grupo de hombres con diferencias étnicas y | Epidemiológico | El suicidio es una conducta compleja que puede surgir de diversas causas y circunstancias. Las enfermedades terminales como el VIH se asocian con el riesgo de suicidio. |

| | | | | |
|--|--|---|-------------------|--|
| PLoS Med 6(8): e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123 | B., Padgett, P. M. (2006) Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, et al. (2009) | sexuales infectados con VIH Evaluarla relación entre suicidio y enfermedad mental | Correlacional | Los trastornos del estado de ánimo como depresión mayor; trastornos de ansiedad como estrés postraumático; Trastornos del control de impulsos y abuso de sustancias predicen el primer intento de suicidio tanto en países desarrollados como en no desarrollados; sin embargo, el riesgo de cometer suicidio varía, siendo la depresión mayor en los países desarrollados la que más incrementa el riesgo, seguida del abuso de sustancias. En países en desarrollo los predictores más fuertes son los Trastornos de control de impulsos, el abuso de sustancias y el TEPT. También se indica que los trastornos mentales predicen mejor la ideación suicida que los planes e intentos, y que la ansiedad y pobre control de impulsos son mejores predictores del intento de suicidio tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo. |
| Rev CES Medicina Vol. 14 Num 1. Enero-Junio 2000 | Manrique Hernandez, R. D. (2000) | Describir el comportamiento suicida al final del siglo XX en Medellín | Epidemiológico | El 70% de las personas no tuvo presencia de alcohol en sangre, y el 30% restante presentaban valores de alcoholemia entre 50-150 miligramos de alcohol por ciento. El 60% de las personas fallecidas habían consumido al menos una droga de abuso. En el 28% se detectó policonsumo que incluía dos y hasta tres drogas tales como marihuana, cocaína y benzodicepinas. En dos casos se detectó el consumo simultáneo de antidepresivos tricíclicos y alcohol. |
| Revista CES MEDICINA Volumen 16 No.3 Octubre - Diciembre / 2002 | Manrique Hernandez, R. D., Ochoa, F. L., Fernández, L. M., Escamilla, R., Vélez, E. (2002) | Describir las características del suicidio en Antioquia. | Descriptivo | El perfil del suicida en Antioquia se trata de una persona joven entre 15 y 30 años, con bajo o mediano nivel educativo, residente en zonas marginadas o de conflicto y con situación económica o social deficiente; todos estos elementos, sumados a los factores de riesgo ya descritos, deben alertarnos sobre la posibilidad de un suicidio. El 77% de los suicidios ocurrió en el área urbana, mientras que 40% de los mismos ocurrieron en el hogar de la persona. En los hombres, los métodos más usados para quitarse la vida fueron la armas de fuego y el ahorcamiento, y en las mujeres lo fueron el envenenamiento y el ahorcamiento. El 54% de todos los casos se reportaron en 4 municipios del área metropolitana, aunque se observaron importantes diferencias en las tasas de los municipios del Departamento. |
| NOVA - PUBLICACIÓN CIENTÍFICA - ISSN:1794-2470 VOL.5 No. 7 ENERO - JUNIO DE 2007:1-100 | Posada-Villa, J., Rodríguez, M., Duque, P., Garzón, A. (2007) | Identificar la prevalencia y factores de riesgo en el suicidio, a partir de los resultados de la encuesta nacional de salud mental de Colombia. | Epidemiológico | Los trastornos del estado de ánimo fueron más predictivos de comportamientos relacionados con el suicidio como se reporta en estudios previos. La prevalencia de ideación, de planes e intentos de suicidio son 12.4% (0.7), 4.1% (0.4) y 4.7% (0.4) respectivamente. El mayor riesgo tanto de ideación como de intento de suicidio entre aquellos con ideación es en el grupo entre 18-29 años. En Colombia como en el mundo, el suicidio es una entidad de cuidado, con una prevalencia importante y sobre la cual se deben hacer esfuerzos para disminuir los números arrojados por este estudio. Los esfuerzos para la prevención del suicidio son desafortunadamente y con urgencia necesarios en Colombia. Por lo tanto, futuras investigaciones deben definir los determinantes de los comportamientos relacionados con el suicidio. |
| Archives of Suicide Research, 11:297-308, 2007 | Palacio, C., García, J., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., López, M. (2007) | Estudiar los factores de riesgo del suicidio en contextos específicos con el fin de diseñar estrategias de intervención adecuadas. | Casos y controles | Los factores de riesgo identificados son similares a los reportados en estudios de países desarrollados. Eventos vitales adversos en los 6 meses previos a la muerte, historia familiar de suicidio, episodio depresivo mayor y la expresión del deseo de muerte son algunos factores que incrementan significativamente la probabilidad de cometer suicidio. Estos hallazgos sugieren que los factores de riesgo son similares en las diferentes culturas y deben ser tomados en cuenta en las políticas de salud mental. |
| Salud Ment 1996; 19(4): 14-21 | Hijar Medina, M. C., Rascón Pacheco, R. A., Blanco Muñoz, J., López | Analizar los suicidios ocurridos durante el periodo 1979-1993 | Descriptivo | En México el promedio diario de suicidios pasó de 3 defunciones en 1979 a 6 en 1993. La tendencia es ascendente con un coeficiente b de .035 (IC 95% .032 - .038). Los principales métodos empleados fueron: ahorcamiento, uso de arma de fuego y |

| | | | | |
|--|---|---|---------------------|--|
| | López, M. V. (1996) | | | explosivos, y envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas. Hay diferencias según el sexo. En el masculino, la tendencia es ascendente con $b = .041$ (IC .038 - .045), predomina el ahorcamiento (49%) y son los hombres de 70 y más años los que presentan el mayor riesgo relativo (RR) 9.46 (IC 8.86 - 10.1). En el femenino se observa una tendencia ascendente muy ligera que no es estadísticamente significativa, predomina el envenenamiento por sustancias sólidas y líquidas (35%) y son las jóvenes de 20-24 años las que presentan el mayor RR, 2.51 (IC 2.28 - 2.76). En cuanto a la entidad federativa, los estados de Tabasco, Campeche, Baja California Sur y Quintana Roo, presentan los mayores riesgos relativos de suicidio. |
| The British Journal of Psychiatry (2010) 197, 20–27. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074716 | Ronny Bruffaerts, Koen Demyttenaere, Guilherme Borges, Josep Maria Haro, Wai Tat Chiu, et. Al. (2010) | Examinar las asociaciones entre adversidades en la infancia como factor de riesgo y la aparición y persistencia de comportamiento suicida en 21 países. | Correlacional | Las adversidades de la infancia especialmente aquellas intrusivas o agresivas y el abuso físico y sexual, son consideradas factores de riesgo significativos de la conducta suicida (ideación e intento). |
| Psychosomatic Medicine 72:000–000 (2010)DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181e3333d | Scott K. M., Hwang, I., Chiu, W-T., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., et. Al. (2010) | Investigar la asociación de un rango de condiciones físicas y la aparición de comportamiento suicida. | Correlacional | Las condiciones físicas son predictores de suicidio si ocurren especialmente en una edad temprana incluso en ausencia de enfermedad mental comportándose de la misma manera tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo. Así hipertensión arterial, infarto, artritis, dolor de cabeza crónico, dolor crónico y algunas condiciones respiratorias fueron asociadas con intento suicida. La epilepsia, el cáncer y el infarto fueron asociados con intentos planeados. La epilepsia fue la condición más fuertemente asociada con conductas suicidas. |
| Revista centro de estudios en salud, año 7, vol. 1, No 8. p 126-141. 2006 | Villalobos-Galvis, F. H. (2006) | Demostrar la pertinencia de la aplicación del Modelo Procesual del Estrés, a la explicación, prevención y tratamiento de la conducta suicida. | Cualitativo | Se ha demostrado que resulta válido aplicar el modelo de estrés-afrontamiento para la comprensión, prevención y atención de la conducta suicida en ambientes clínicos, educativos y sociales, lo que le da gran valor heurístico al modelo, al demostrarse su pertinencia, flexibilidad y aplicabilidad. |
| Revista centro de estudios en salud, año 8, vol. 1, No 10. p 32-44. 2008 | Sevillano Aguiño, F. T., Villalobos-Galvis, F. H. (2008) | Llevar a cabo la caracterización psicométrica del cuestionario de ideación suicida SIQ-HS, en una muestra de jóvenes escolarizados de la ciudad de San Juan de Pasto. | Psicométrico | Se hallaron correlaciones significativas con variables que desde la teoría se asocian a la ideación suicida. Se encontró que las mujeres poseen puntuaciones significativamente mayores que los hombres. Se concluye que la prueba SIQ-HS-23 es un instrumento con adecuados niveles de fiabilidad y validez, que hacen recomendable su uso en poblaciones escolarizadas similares. |
| Persona y Bioética. 2006. Vol 10. No. 2, p 82-98 | Guzman Sabogal, Y. R. (2006) | Discutir los aspectos bioéticos en el abordaje del paciente con conducta suicida. | Cualitativo | La elección de una terapia en particular depende no sólo de la estimación del riesgo suicida desde el punto de vista psiquiátrico, sino también de otros aspectos relacionados con el paciente. Estos comportamientos pueden reducirse si se entiende el suicidio como un problema de salud pública, susceptible de prevención, en el cual se involucran tanto individuos como grupos. Los principios de ética médica aplicados a la evaluación de estos pacientes pueden servir de apoyo a maestros y estudiantes, para tomar decisiones. |
| Pensamiento Psicológico, Vol. 6, Núm. 13, 2009, pp. 97-107 Pontificia Universidad Javeriana | Peña Silbato, M. P., Ortiz Gomez, Y., Gutiérrez Martínez, M. I. (2009) | Analizar los datos de los observatorios del delito de Pasto, Ipiales, Tumaco, Túquerres y La Unión, entre 2002 y 2007. | Descriptivo | El 67.6% de los casos fueron en hombres, con una relación 2:1 hombre/mujer, promedio de 29 años [DE ± 14.2]. El lugar de mayor ocurrencia fue la casa (70.9%). Los conflictos de pareja fueron reconocidos como el principal factor de ocurrencia, 22%. Los datos de los observatorios fueron usados para el desarrollo de un estudio de factores de riesgo, lo que permitió establecer una línea de base para evaluar y reorientar los programas que están siendo implementados a nivel departamental. |
| Revista centro de estudios en salud, año 4, vol. 1, No 15. p 60-76. | Delgado Achicanoy, A. C., Insuasty López, D. M., Villalobos-Galvis, F. | Revisar los factores identificados a nivel biológico, psiquiátrico, demográfico, familiar, social, económico, de salud y | Revisión conceptual | Son factores de riesgo la historia familiar, enfermedad psiquiátrica, edad, sexo, estado civil, acceso a métodos suicidas, disfunción familiar, bajo nivel de integración y soporte, dificultades económicas, bajo status de salud y bienestar. |

| | | | | |
|--|---|--|---------------------|--|
| 2004 | H. (2004) | de estrés, que permitan la posterior formulación de acciones investigativas de promoción y prevención. | | |
| Revista centro de estudios en salud, año 7, vol. 1, No 8. p 101-1166. 2007 | Madroño Hernández, A. P., Pabón Cadena, N. A., Cerón Souza, C. (2007) | Identificar los factores de riesgo y protección asociados al intento suicida en el municipio de Mocoa. | Casos y controles | Los factores de riesgo con más significancia estadística fueron la agresión física, el antecedente familiar de intento de suicidio, el antecedente personal de intento suicida, los conflictos interpersonales, enfermedad mental, problemas económicos, familias con disfunción moderada y severa. Entre los protectores se encontraron, pertenecer a religiones diferentes a la católica, tener amigos personales, y tener una familia funcional. |
| Revista de Psicología Universidad de Antioquia. Vol. 1. No. 1. Enero-Junio de 2009 | Cortina E., Peña, M., Gómez, Y. (2009) | Determinar la presencia de factores psicológicos como la desesperanza, los bajos niveles de autoeficacia y rasgos de personalidad en los intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá. | Descriptivo | Se encontró un perfil general de personalidad caracterizado por la presencia de los componentes individualidad, discrepancia, descontento y sociabilidad. Así mismo se analizó el perfil de personalidad por distribución de frecuencia según las tres áreas que componen el MIPS. En el área de metas motivacionales predominaron los componentes individualidad y preservación, en modos cognitivos el componente innovación, y en el área de comportamiento interpersonal, predominaron los componentes discrepancia, descontento y sociabilidad. |
| JAMA. 2005;293:707-714 | Grossman, D. C., Mueller, B. A., Riedy, C., Dowd, M.D., Villaveces, A., et al (2005). | Medir la asociación entre el uso y porte de armas y el riesgo de causar lesiones personales que pueden incluir suicidio. | Casos y controles | De los tiroteos identificados, 82 fueron intentos suicidas (95%) fatales y 24 lesiones no intencionales (52% fatales). Las prácticas de guardar las armas sin seguro, sin carga, bajo llave y en lugares separados, están asociadas con un efecto protector y sugieren una estrategia viable para reducir este tipo de lesiones en hogares con niños y adolescentes. |
| Colomb Med 2003; 34: 9-16 | Campo, G., Roa, J. A., Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L., Ramírez, C. (2003) | Describir las características biopsicosociales de los menores de 14 años con intento de suicidio, los métodos utilizados, las características psicológicas y la estructura y dinámica de las familias de origen. | Descriptivo | Consultaron 18 menores de edad; 2 mujeres menores fallecieron y de los restantes, sólo 8 menores (7 mujeres y 1 hombre) aceptaron participar. El envenenamiento autoinfligido por ingestión de sustancias es el método suicida más utilizado y además más frecuente en mujeres; todos tienen enfermedad mental asociada; la mitad un retardo mental. La mayoría presenta compromiso de la atención, comportamientos violentos, disociales, delictivos, aislamiento, etc. Como características psicológicas predominantes está perturbación en el ámbito sexual, represión emocional, negación de la situación penosa y agresividad, además de disfunción familiar severa en todos los casos. |
| International Journal of Psychological Research, 53-63 | De Bedout Hoyos, A. (2008) | Desarrollar una revisión histórica y conceptual del suicidio desde las perspectivas psicológica y psicoanalítica | Revisión conceptual | El fenómeno del suicidio constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. La suicidología nos ofrece dos tendencias principales en la interpretación del fenómeno autoquirico: la sociológica, representada por Durkheim y sus seguidores, le transfiere la culpa a la sociedad y la psicológica, representada por Freud y sus discípulos, ve en el suicidio la expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado previamente introyectado. Algunos rasgos predominantes en la personalidad de los suicidas son: agresividad, irritabilidad y aislamiento social. Los factores de riesgo del suicidio son numerosos y diversos y es posible interrelacionarlos. |
| Salud Mental 2009;31:165-171 | Villalobos-Galvis, F. H. (2009) | Conocer la presencia y las características de las conductas suicidas en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto. | Descriptivo | Los resultados mostraron que cerca de un 30% de los estudiantes encuestados ha tenido alguna conducta suicida durante su vida. De esta manera, se encontró que 18% presentaron ideas suicidas y el 8% llevaron a cabo intentos de suicidio. Los análisis de contingencia demostraron que la conducta suicida se presenta de manera distinta dependiendo del género y del nivel educativo (secundaria o superior). Además, se halló mayor presencia de conductas suicidas en mujeres, en jóvenes entre los 17 y 20 años, en universitarios y en estudiantes del sector público. Igualmente, se halló que el número de episodios de autolesión varía entre 1 y 10, los cuales se presentan por primera vez entre los 13 y 15 años de edad. |

| | | | | |
|---|--|--|---------------|--|
| Revista Colombiana de Psicología, 2002, No. 11, 99-114 | Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M. L., Morales, S., Sánchez, V., Páez, D. (2002) | Analizar mediante cuestionario aplicado a internos de cinco prisiones de Bogotá (n=400) la presencia de indicadores psicológicos de suicidio y de variables asociadas como psicopatología previa, estresores cotidianos en prisión, clima emocional, y antecedentes familiares y de consumo de drogas. | Descriptivo | Mediante análisis de regresión se encontró que el riesgo de suicidio se asociaba con una menor edad, una mayor dificultad para ajustarse a las normas del centro y con la existencia en el pasado de enfermedades físicas y de dificultades sexuales. |
| Revista centro de estudios en salud, año 8, vol. 1, No 10. p 7-17. 2008 | Álvarez Córdoba, A. H., Ojeda Rosero, D. E., Sánchez Martínez, N. R. (2008) | Reconocer y comparar la percepción social comunitaria frente al fenómeno del suicidio. | Cualitativo | En Tumaco el suicidio se asocia a conductas violentas como homicidio. En Pasto se asocia a estados emocional y aislamiento. Se identifican factores de riesgo y factores protectores comunes a los dos municipios. Se destaca la relación existente entre el suicidio y la situación social del contexto en el que se presenta. |
| Revista Colombiana de Psicología, 2006, No. 015, 25-384 | Palacios Espinosa, X., Rueda Latiff, A., Valderrama Herrera, P. (2006) | Hallar la relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, las características de la enfermedad, el tratamiento antirretroviral y los aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA que residen en Bogotá. | Correlacional | Sólo 29 personas tenían ideación suicida y 10 intención suicida. De los 10 sólo 2 tenían intención después del diagnóstico. Se encontró una relación estadística significativa para ideación suicida e intención suicida con edad, estrato socioeconómico, estado civil, orientación sexual, las características de la enfermedad, el tratamiento antirretroviral y los aspectos psicoafectivos. |
| ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA 13 (1): 143-154, 2010 | Silva de Souza, M., Said Daher Baptista, A., Nunes Baptista, M. (2010) | Evaluar la relación entre apoyo familiar, salud mental y comportamientos de riesgo. | Correlacional | Fueron encontradas correlaciones significativas entre las puntuaciones de los tres instrumentos, mostrando de esa forma que las tres variables estarían relacionadas. |

Anexo 9. Contenido de artículos recuperados sobre suicidio a nivel nacional 1990-2010

| Fuente | Autores | Objetivo | Diseño | Conclusiones |
|--|---|--|----------------------|---|
| Suicide and Life-Threatening Behavior 40(3) June 2010 | Bagley, S.C., Munjas, B., Shekelle, P. (2010) | Identificar nuevas estrategias sobre prevención del suicidio en población militar | Revision sistematica | Las intervenciones multicomponente en el personal militar son consistentes en la reducción del suicidio, sin embargo dichas reducciones han ocurrido durante intervalos de reducción similar en la tasa de suicidio para la población general. Ninguno de los estudios incluyó veteranos provenientes de los conflictos de Irak o Afghanistan. |
| British Journal of Guidance and Counselling, BACP, 2009, 140 pp | Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F., Wellsted, D., Lutterworth. (2009) | Recolectar, seleccionar y resumir la evidencia sobre los tratamientos conversacionales como forma de reducir el riesgo de suicidio | Revision sistematica | Desde un enfoque pluralista la investigación sobre los diferentes tipos de asesoramiento / psicoterapia se distribuyen de manera irregular, siendo las intervenciones cognitivo-conductuales y sus variaciones las que han adquirido más evidencia sobre su efectividad, siendo la terapia alternativa, la que cuenta con menos evidencia. Por ejemplo, deliberadamente incluyó el análisis de los estudios cualitativos, con sensatez la adaptación de las jerarquías más rígidas de pruebas a veces se aplican en los informes destinados a formar la base de la práctica basada en la evidencia. Asimismo cabe resaltar el análisis de los estudios de los procesos de asesoramiento / psicoterapia y su papel en la prevención del suicidio. |
| Suicide and Life-Threatening Behavior 37(2) April 2007 The American Association of Suicidology | Colucci, E., y Graham M. (2007) | Identificar los factores de riesgo y precipitantes desde una perspectiva intercultural que permita Revisar los programas de prevención y las estrategias de intervención en conducta suicida | Revision sistematica | Son factores de riesgo la conducta suicida previa y la exposición. Factores interpersonales como el apoyo familiar y de los amigos y la cercanía con las personas. Factores personales y psicologicos, copying style, locus de control, ansiedad, desesperanza, baja autoestima. Diagnóstico psiquiatrico y cuidado: depresión e ideación suicida. Abuso de alcohol y de sustancias. Factores precipitantes: crisis disciplinaria con los padres, problemas personales, familiares y con pares, y estres. Impacto de los factores de riesgo: desesperanza, abuso fisico, insatisfacción con las relaciones interpersonales. Actitudes hacia el suicidio: un individuo que ve el suicidio como el resultado potencial de una anomalía estructural dentro de si mismo requiere una aproximación terapeutica diferente, que uno que percibe el suicidio en función de variables situacionales. |
| La Revue canadienne de psychiatrie, vol 54, no 4, avril 2009 | Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S-L., Deane, F.P., Enns, M.W., Sareen, J. (2009) | Revisar el estado de la evidencia sobre entrenamiento de gatekeeper en la prevención del suicidio y proponer sugerencias para llevar a cabo nueva investigación. | Revision sistematica | Formación Gatekeeper se ha aplicado y estudiado en muchas poblaciones, personal militar, escuelas públicas, médicos y personas aborígenes. Este tipo de formación afecta positivamente el conocimiento, las habilidades y las actitudes de las personas con respecto a la prevención del suicidio con una reducción significativa en la ideación suicida, intentos de suicidio y las muertes por suicidio. Existe la necesidad de ensayos controlados aleatorios. |
| Journal of Advanced Nursing 64(2), 114–126. 2008 | La kerman, R., y Fitzgerald, M. (2008) | Revisar sistemáticamente la investigación cualitativa que se ocupa de cómo viven las personas con tendencias suicidas o cómo recuperan el deseo de vivir. | Revision sistematica | El análisis reveló una serie de temas interconectados: la experiencia del sufrimiento, la lucha, la conexión, los puntos de inflexión y de afrontamiento. Vivir con o superar las tendencias suicidas implica diversas luchas existenciales. La gente se aparta del suicidio despues de experimentar, adquirir o recuperar el tipo de conexión con los demás. |
| Journal of Clinical Nursing, 20, 1651–1667 | Talseth, A-G., y Gilje, F.L. (2010) | Proporcionar una comprensión integradora de las respuestas de las enfermeras al suicidio y a pacientes suicidas que pueden beneficiar a la práctica de enfermería y guiar la investigación | Revision sistematica | Se identificaron cuatro conceptos clave, la reflexión crítica, las actitudes, las complejas responsabilidades del rol del conocimiento / profesional, el deseo de los servicios de apoyo / recursos. Este conocimiento acumulado de la investigación basada en la literatura mejora las perspectivas contextuales, conceptuales y metodológicas. Contextualmente, existen lagunas en la investigación internacional. Conceptualmente, los cuatro conceptos clave pueden servir como una guía útil para las enfermeras a comprender sus propias respuestas y otras enfermeras para el cuidado de los pacientes suicidas en diversos ámbitos. Metodo-lógica, el enfoque crítico Síntesis interpretativa ha movido un pequeño cuerpo de conocimientos que variaban en las medidas de calidad más allá de la comprensión global. |
| The Cochrane Library 2009, Issue 1 | Hawton KKE, Townsend E, | Identificar y sintetizar los hallazgos de todos los | Revision sistematica | Un total de 23 ECC fueron identificados. Los ensayos fueron clasificados en 14 categorías. Los odd ratio indican que la tendencia es a reducir la tendencia a repetir el intento a traves de la terapia de solución de |

| | | | | |
|--|---|--|----------------------|--|
| | Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K. (2009) | ensayos clinicos controlados que han examinado la efectividad de tratamientos a pacientes con intento de suicidio. | | problemas (entrenamiento en resolución de problemas) comparada con el cuidado standard (0.70; 0.45 to 1.11). Los OR para tratamiento antidepresivo comparado con placebo fue 0.83 (0.47 to 1.48). Una tasa de reducción significativa del intento de suicidio fue observada en el uso de flupenthixol vs. placebo en multiples repeticiones (0.09; 0.02 to 0.50), y en la terapia onductual dialectica vs. el cuidado standard (0.24; 0.06 to 0.93). |
| Acta Psychiatrica Scandinavica, 1997, 96(1), 43-50 | Van derSande R, Buskens E, Allart E, van derGraaf Y and vanEngeland H. (1997) | Desarrollar una revisión sistematica sobre ensayos clinicos controlados de intervenciones para sujetos con intento suicida | Revision sistematica | En la actualidad, sólo el enfoque cognitivo-conductual parece tener un efecto beneficioso sobre los intentos de suicidio repetidos. Sin embargo, debido a la variabilidad metodológica, los resultados obtenidos pueden ser demasiado optimistas. Se requiere investigación adicional para determinar los méritos de este tipo de intervención. |
| Suicide and Life-Threatening Behavior Volume 31, Issue 2, pages 169–180, Summer 2001. DOI: 10.1521/suli.31.2.169.21516 | Arensman, E., Townsend, E., Hawton, K., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., et al (2001) | Examinar los aspectos metodológicos de los ensayos y considerar lo que puede ser aprendido que ayudará en el diseño de futuros estudios en este campo | Revision sistematica | La calidad metodológica de los ensayos fue razonable, pero la mayoría de los ensayos incluyeron muy pocos participantes para detectar diferencias clinicamente importantes en las tasas de reincidencia de autolesiones. En la planificación de los ensayos futuros, las siguientes cuestiones importantes deben ser considerados: los investigadores deben realizar cálculos de potencia para determinar el número de sujetos necesarios para detectar efectos clinicamente importantes, proporcionan información sobre el método de asignación al azar y las intervenciones, utilizar las medidas estándar de los resultados, y centrarse en homogéneo subgrupos de pacientes. La mejora de la metodología de los estudios futuros en este campo será esencial para que las pruebas de sonido se va a obtener lo que puede informar a la prestación de servicios eficaces de autolesiones deliberadas-pacientes. |
| Suicide and Life-Threat Behavi, 36: 614–637. doi: 10.1521/suli.2006.36.6.614 | Peña, J. B. and Caine, E. D.(2006) | Determinar la eficacia y seguridad del screening como herramienta o programa para prevenir el suicidio entre los adolescentes | Revision sistematica | Mientras que los programas de detección de suicidio de jóvenes ofrecen la promesa de mejorar la identificación de las personas que necesitan tratamiento, se requiere investigación adicional para comprender cómo, cuándo, dónde y para quién programas de screening se pueden utilizar con eficacia y eficiencia. |
| Behav Modif January 2008 vol. 32 no. 1 77-108. doi: 10.1177/0145445507304728 | Tarrier N, Taylor K, Gooding P. (2008) | Determinar si las terapias cognitivo-conductuales (CBT) pueden reducir el comportamiento suicida. | Revision sistematica | La evidencia sugiere fuertemente que la CBT puede reducir el comportamiento suicida a corto plazo. Un efecto significativo del tratamiento se encontró para adultos (pero no en adolescentes) y para tratamientos CBT individuales en comparación con los controles de tratamiento mínimo o no. |
| The British Journal of Psychiatry, 190, 11–17. | Crawford, M. J., Thomas, O., Khan, N., & Kulinskaya, E. (2007) | Examinar la efectividad de las intervenciones psicosociales adicionales después de un episodio de autolesión en la reducción de la probabilidad del suicidio subsiguiente. | Revision sistematica | Los resultados del metanálisis no proporcionan evidencia de que las intervenciones psicosociales adicionales después de autoagresión tengan un marcado efecto sobre la probabilidad de otro intento de suicidio. Ensayos aleatorios con terapia cognitiva asistida, terapia cognitiva conductual para pacientes ambulatorios y atención ambulatoria intensiva mostró una tendencia hacia niveles más bajos de suicidio. Los estudios restantes no mostraron ninguna diferencia. La relativa falta de poder estadístico en este meta-análisis indica precaución al interpretar los resultados del estudio. |
| Can J Public Health. 1996 Sep-Oct;87(5):319-24. | Ploeg J, Ciliska D, Dobbins M, Hayward S, Thomas H, Underwood J. (1996) | Resumir la evidencia sobre la efectividad de los programas curriculares de prevención para adolescentes suicidas | Revision sistematica | Existen serias limitaciones metodológicas en los estudios revisados. La evidencia sugiere que los programas de prevención del suicidio en adolescentes pueden tener a la vez efectos benéficos y perjudiciales. La literatura sugiere que en términos más generales los programas escolares de salud deben ser evaluados para determinar su eficacia en el tratamiento de las conductas de riesgo en los adolescentes. |
| J Clin Psychiatry. 2007 Mar;68(3):380-3. | Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. (2007) | Evaluar la evidencia de los efectos antisuicidas del tratamiento clínico con Litio en pacientes con | Revision sistematica | Ocho estudios incluyeron 329 pacientes con TDM y la exposición de 4,56 años. El riesgo global de suicidios e intentos de suicidio fue de 88,5% inferior con vs sin Litio: 0,17% / año frente a 1,48% / año (TIR = 8,71, IC 95%: 2,10 a 77,2, p = 0,0005), por suicidios (85 % de reducción de riesgo), IRR = 6,77 (IC del 95%: 1,29 a 66,8, p = 0,01). Este meta-análisis reconoce efectos antisuicida del litio en Trastornos depresivos |

| | | Trastorno depresivo mayor. | | recidivantes, de magnitud similar a la que se reporta en terapias para trastornos bipolares. |
|--|--|---|----------------------|--|
| Research on Social Work Practice May 2004 vol. 14 no. 3 147-162. doi: 10.1177/1049731503257889 | Macgowan, M.J. (2004) | Revisar las evidencias para el tratamiento de suicidio en población adolescente | Revision sistematica | La mayoría de las intervenciones fueron exitosas en la reducción de las tendencias suicidas. Sin embargo, la mayoría de los estudios tenían importantes limitaciones metodológicas, señalando que a pesar de que el número de intervenciones ha aumentado en los últimos 10 años, la evidencia de la investigación sigue siendo débil. |
| School Psychology Review, 2009, Volume 38, No. 2, pp. 168-188 | Miller, D.N., Eckert, T. L., Mazza, J.J. (2009) | Hacer una revisión exhaustiva de los programas escolares de prevención del suicidio desde una perspectiva de salud pública. | Revision sistematica | De los 13 estudios revisados sólo 5 estudios mostraron resultados estadísticamente significativos, y sólo 2 (Klingman y Hochdorf, 1993; LaFromboise Pitney & Howard, 1995) demostraron una fuerte evidencia en esta área. |
| Crisis. 2004;25(3):108-17. | Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, Michel K. (2004) | Recopilar los estudios controlados aleatorios que evalúan los resultados de las intervenciones psicológicas y psicosociales después del intento de suicidio y la autoagresión deliberada. | Revision sistematica | Ninguno de los estudios de intervención incluidos en este resumen fue exitosa en reducir significativamente la incidencia del suicidio. Sin embargo, cinco ensayos mostraron una reducción significativa del intento de suicidio repetido, y algunos estudios, aunque no mostraron una reducción estadísticamente significativa de la autoagresión, proporcionan una idea de lo que podrían ser estrategias exitosas en la prevención de las conductas suicidas. El enfoque Dialéctico-conductual de Linehan (DBT) tuvo impacto en la reducción de las conductas autolesivas en personas con trastorno de personalidad límite, pero no en una reducción significativa de los intentos de suicidio. |
| Aust N Z J Psychiatry. 2005 Mar;39(3):121-8. | Burns J, Dudley M, Hazell P, Patton G. (2005) | Examinar las pruebas sobre la efectividad de las intervenciones clínicas diseñadas para reducir la repetición de la autoagresión deliberada (DSH) en adolescentes y adultos jóvenes. | Revision sistematica | Tres RCTs, cuatro ensayos clínicos controlados y tres estudios cuasiexperimentales fueron identificados. La terapia de grupo fue el único programa que mostró una reducción significativa en las tasas de repetición de la autoagresión. Un cuasiexperimento sobre terapia familiar resultó en la reducción significativa de la ideación suicida. La evidencia base de los tratamientos diseñados para reducir la repetición de autoagresiones en adolescentes y adultos jóvenes es bastante limitada. |
| Br J Psychiatry. 2008 Dec;193(6):438-43. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040824. | Daid, C.M., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., Sowden, A. (2008) | Evaluar los efectos de las intervenciones para las personas afectadas por el suicidio. | Revision sistematica | Para la síntesis narrativa, los estudios que compararon una intervención con ninguna intervención se agruparon por separado de los estudios que utilizan un comparador activo. • Cinco de los estudios mostraron alguna evidencia de beneficio para los participantes en al menos uno de los resultados. Sin embargo, debe tenerse mucho cuidado con asumir que una intervención es mejor que nada para aquellos afligidos por el suicidio debido a las diferencias entre los estudios y las limitaciones metodológicas. • Debido a los limitados datos disponibles, no fue posible explorar cómo la efectividad de las intervenciones varió con las características del paciente. |
| Community Mental Health Journal 44:311-320 | Oyama,H.O., Koida, J., Sakashita, T., Kudo, K. (2008) | Cuantificar el efecto del screening en una comunidad con depresión (CDS) con el seguimiento de los riesgos suicidio consumado para los residentes mayores de 65 años. | Revision sistematica | Se evidencia diferencias de genero en la eficacia con una Tasa de incidencia (95% intervalo de confianza) por el método de Mantel-Haenszel y por el método de DerSimonian-Laird en dos estudios homogéneos de aplicación del seguimiento realizado por los psiquiatras fue 0,30 (desde 0,13 hasta 0,68) y 0,33 (0,14 a 0,80) en hombres y 0,33 (0,19 a 0,60) en mujeres, respectivamente. Los tres estudios homogéneos que utilizaron seguimiento realizado por médicos generales puntuaron 0,73 (0,45 a 1,18) 0,74 (0,45 a 1,23) en los hombres, y 0,36 (.21 a .60) y 0,39 (0,22-0,66) en las mujeres, respectivamente. Sin embargo, existen muy pocos estudios incluidos, que permitan demostrar una asociación entre el CDS y el riesgo reducido. |
| BMJ 1998; 317 doi: | Hawton, K., | Identificar y sintetizar los | Revision sistematica | En la actualidad, no hay pruebas para indicar las formas más eficaces de tratamiento para los pacientes que |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| http://dx.doi.org/10.1136/bmj.317.7156.441 | Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., et al (1998) | resultados de todos los ensayos controlados aleatorios que han examinado la efectividad de los tratamientos de los pacientes que deliberadamente han atentado contra su vida. | | deliberadamente se lesionan. Esta es una situación grave, dado el tamaño de la población en riesgo y el riesgo de autolesión posterior, incluido el suicidio. Se requieren grandes ensayos sobre las intervenciones que han demostrado en ensayos pequeños ser de beneficio. También hay una necesidad de desarrollar enfoques de tratamiento más informados por los conocimientos actuales sobre las características psicosociales y biológicas de estos pacientes y el contexto socio-económico y socio-cultural de la conducta. |
| (Am J Psychiatry 2005; 162:1805–1819) | Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., Geddes, J.R. (2005) | Investigar el efecto del litio, en comparación con el placebo y otros tratamientos activos, sobre el riesgo de suicidio, autolesiones deliberadas, y por todas las causas de mortalidad en los pacientes con trastorno de estado de ánimo. | Revision sistematica | En 32 ensayos, 1,389 pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir litio, y 2,069 para recibir otras terapias. Los pacientes que recibieron litio tenían menos probabilidades de morir por suicidio (7 ensayos; OR=0.26; 95% IC [CI]=0.09–0.77). The composite measure of suicide plus deliberate self-harm was also lower in patients who received lithium (odds ratio= 0.21; 95% CI=0.08–0.50). There were fewer deaths overall in patients who received lithium (data from 11 trials; nine versus 22 deaths; odds ratio=0.42, 95% CI=0.21–0.87). In conclusion, this meta-analysis of randomized trials indicates that lithium reduces the risk of suicide in patients with mood disorders. Lithium remains the treatment with the most substantial evidence base for the prevention of relapse in bipolar disorder and should be a first-line therapy for patients with that disorder, including those at risk of suicidal behavior. |
| Ann N Y Acad Sci. 1997 Dec 29;836:302-28. | Linehan MM. (1997) | Revisar los ensayos clínicos controlados de intervenciones psicosociales y conductuales diseñadas para reducir directamente las tasas de suicidio y comportamiento parasuicida, incluyendo intentos de suicidio. | Revision sistematica | Los análisis mostraron que cuatro estudios de intervención psicosocial y un estudio de la farmacoterapia han informado de resultados eficaces en comparación con los controles tratamientos usuales o placebo. Desde otra perspectiva, cuando las intervenciones psicosociales para pacientes ambulatorios fueron examinados, el más fuerte predictor de si el tratamiento experimental sería más eficaz que el control era si individuos con alto riesgo de suicidio fueron incluidos. Las intervenciones psicosociales parecen ser más efectivas con el más alto riesgo. |
| Br J Psychiatry. 1999 Jan;174:56-62. | Byford S, Harrington R, Torgerson D, Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Gill J, McNiven F. (1999) | Evaluar la relación costo-efectividad de una intervención basada en el trabajo social a domicilio para las personas jóvenes que se han envenenado deliberadamente. | Analisis de costo-efectividad con ECC | Una intervención basada en la asistencia social familiar para los niños y adolescentes que se han envenenado deliberadamente es tan rentable como la atención habitual sola. No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en términos de las principales medidas de resultado o los costos. En un subgrupo de niños que no tienen depresión grave, la ideación suicida fue significativamente inferior en el grupo de intervención a los seis meses de seguimiento ($p = 0,01$), sin diferencias significativas en los costos. |
| BMJ. 1994 Jul 23;309(6949):249-53. | Freemantle N, House A, Song F, Mason J M, Sheldon T A. (1994) | Evaluar una política para reducir la incidencia de suicidio por medio del cambio de la prescripción de antidepresivos tricíclicos al uso de los inhibidores de recaptación de serotonina. | Analisis de costo-efectividad con Hypothetical cohort model | El número potencial de vidas que pueden ser salvadas utilizando inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina está entre 300 y 450 cada año. El coste por año de vida ganado oscila entre £ 19.000 a 173.000 libras, dependiendo de los supuestos utilizados. El coste por año de vida ganado con el uso de lo más reciente en antidepresivos tricíclicos relacionados es considerablemente menor. El coste por año de vida ganado al evitar suicidios por el uso de inhibidores de recaptación de serotonina es probable que sea alta. Los tricíclicos nuevos y fármacos relacionados son de toxicidad similar a la recaptación de serotonina, pero son considerablemente más baratos y por lo tanto son más costo efectivos para este propósito. Se requiere más investigación sobre la prescripción de tales. |
| Journal of Personality Disorders: Vol. 18, No. 1, pp. 102-116. | Tyrer, P., Tom, B., Byford, S., Schmidt, U., Jones, V., Davidson, K., Knapp, | Comparar la terapia cognitivo-conductual (CBT) con el tratamiento habitual (TH) en pacientes con | Analisis de costo-efectividad con ECC | Aunque la terapia cognitivo-conductual (CBT) no representó una proporción significativamente menor de pacientes que repiten autolesiones en comparación con el tratamiento habitual (TAU), puede ser de algún valor para la salud pública. Se encontró que era más barato que el TAU, y que también dio lugar a un menor número de episodios de autolesiones y se asoció con un menor número de suicidios. La prevención de |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | M., et al (2004) | antecedentes de autolesión recurrente . | | lesiones autoinfligidas de forma rentable a través de CBT embargo, parece estar limitada a aquellos que no tienen el trastorno límite de la personalidad. |
| BMC Public Health. 2009; 9: 428. Published online 2009 November 23. doi: 10.1186/1471-2458-9-428 | Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, Ch., Coyne J., McDaid, D., et al (2009) | Desarrollar un estado del arte sobre el concepto de intervención para la prevención del suicidio basado en la evidencia de las mejores prácticas y experiencias internacionales con intervenciones multinivel. | he protocol of a European research project to develop an optimized evidence based program for suicide prevention | En curso |
| BMC Psychiatry. 2008 Mar 18;8:17. doi: 10.1186/1471-244X-8-17. | Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA, Langlands RL.(2008) | Elaborar una guía de ayuda para pensamientos y conductas suicidas y someterlo a validación mediante el uso de la técnica Delphi | Guia | De 114 declaraciones presentadas en los paneles, 30 fueron aceptadas. Estas declaraciones fueron utilizadas para desarrollar las directrices adjuntas al presente documento. Hay una serie de acciones que se consideran útiles para los miembros del público cuando se encuentran con alguien que está experimentando pensamientos suicidas o considerando involucrarse en conductas suicidas. Estas directrices serán útiles en la revisión de los currículos de primera ayuda en salud mental. También pueden ser utilizados por los miembros del público que deseen obtener información inmediata acerca de cómo ayudar a una persona con conducta suicida. |
| Salud Ment v.31 n.3 México may./jun. 2008 | Chávez-Hernández, A.M., Medina Núñez, M.C., Macías-García, L.F. (2008) | Incidir en la prevención de riesgo suicida en estudiantes del nivel medio superior por medio de una estrategia psicoeducativa. | | La puntuación promedio obtenida en el cuestionario de evaluación de conocimientos sobre suicidio aumentó de 12.59 respuestas correctas al inicio, a 15.97 al finalizar el taller. El rango de calificaciones se incrementó en un punto y la desviación estándar se redujo. La mejora en los conocimientos evaluados se constató mediante una prueba T para dos muestras dependientes ($p < 0.001$). Otro de los beneficios del taller fue que favoreció el derrocamiento de mitos en torno al suicidio. En el cuestionario de evaluación del taller, el cumplimiento de los objetivos y la metodología empleada fueron calificados positivamente. Además, seis de los participantes conocían a alguien que ha intentado quitarse la vida, siete más reconocieron haber tenido ideación suicida y cinco de ellos lo habían intentado. |
| Nord J Psychiatry 2010;64:317–326. | Nrugham L, Herrestad H, Mehlum L.(2010) | Resumir la investigación publicada sobre las tendencias suicidas entre los jóvenes noruegos y las publicaciones que describen el conocimiento sobre intervenciones utilizadas. | Revision sistematica | La mayoría de los estudios se centraron en los factores de riesgo psicológicos y psiquiátricos del intento de suicidio, mientras que los factores de riesgo psicosociales y el impacto de las intervenciones fueron apenas estudiados. La depresión, conducta suicida anterior, el consumo de alcohol y el conflicto entre los padres fueron factores de riesgo importantes asociados a las conductas suicidas. |
| BMC Public Health 2008, 8:315 | Ono, Y., Awata, Sh., Iida, H., Ishida, Y., Ishizuka, N., Iwasa, I., et al (2008) | Examinar si NOCOMIT-J es eficaz para reducir el comportamiento suicida en la comunidad. | a community intervention trial involving seven intervention regions with accompanying control regions, all with populations of statistically sufficient size. | Este estudio está diseñado para evaluar la eficacia de la prevención del suicidio, basado en el programa comunitario en siete áreas participantes. Se espera que los resultados de NOCOMIT-J ayudará a desarrollar estrategias eficaces para reducir la tasa de suicidios en Japón. |
| Suicide and Life-Threatening Behavior 39(1) February 2009 | Wong, P., Liu, P., Chan, W., Law, Y., Law, S., King-Wa Fu., et al (2009) | Evaluar la efectividad del programa de prevención del suicidio desarrollado para hacer frente a una | Casos y controles | Los números de suicidios de visitantes se redujo de 37 muertes en los 51 meses anteriores a la ejecución del programa a 6 muertes en los 42 meses posteriores al período de aplicación. El número de pactos suicidas de visitantes se redujo de 7 pactos (15 personas) a un pacto (2 personas). La consistencia y el calendario de reducción de los suicidios de visitantes correlacionados con el desarrollo y ejecución del |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | | epidemia de suicidios de visitantes en Cheung Chau, una isla de Hong Kong, en 2002 | | programa integral de intervención en la isla, lo que sugiere una asociación causal entre programa y reducción de los suicidios de los visitantes. Este enfoque integrador en la prevención de los suicidios puede servir de ejemplo a otras comunidades para desarrollar programas de prevención del suicidio que hacen uso de los recursos locales existentes. |
| International Journal of Circumpolar Health 68:3 2009 | Allen, H., Mohatt, G., Ching Ting Fok 1, C., Henry, D. (2009) | Entender un programa de prevención cultural para la juventud rural Yup'ik de Alaska dirigida al suicidio y al abuso de alcohol. | Quasi-experimental design with assessment at pre- and post-intervention or at 4 time points. | La preparación comunitaria para los esfuerzos de prevención aumentó la disposición después de la intervención, una tendencia en los datos sugiere el aumento de factores protectores en la comunidad (pendiente estimado = 0,0162, 95% CI-0.0028-0.0351, $d = .55$) y en las percepciones de los jóvenes (estimación pendiente = 0,0148, IC del 95%, desde 0.0004 hasta 0.0291, $d = .45$), en una relación dosis-respuesta con el número de sesiones del programa de prevención de la participación de los adultos y los jóvenes. Se demuestra la viabilidad y la utilidad potencial de los enfoques metodológicos que se utilizan a nivel de comunidad más allá de las variables de resultados a nivel individuales en la investigación en prevención del suicidio. |
| Suicide and Life-Threatening Behavior 40(2) April 2010 | De Leo, D., Milner, A. (2010) | Proveer perspectivas transculturales sobre conductas suicidas mortales y no mortales, junto con una mayor conciencia de estos fenómenos y el crecimiento de los programas de prevención sensibles a la cultura. | Protocolo | En curso |
| Suicide and Life-Threatening Behavior 40(2) April 2010 | Mishara, B.L., Weisstub, D.N. (2010) | Contrastar los programas de helpHne políticas de rescate de emergencia de los samaritanos y los EE.UU. Nacional de Suicidio red Lifeline Prevención. | Comparativo | Es necesario que mantener un diálogo vigoroso sobre los valores con el fin de sensibilizar a la gente sobre el papel que desempeñan los valores en la aplicación de filosofías institucionales frente a casos difíciles. Sin embargo hay que tener en cuenta la relación entre suicidio y enfermedad mental. |
| Am J Public Health. 2010;100:2457-2463. doi:10.2105/AJPH.2009.159871 | Knox, K.L., Pflanz, S., Talcott, G.W., Campise, R.L., Lavigne, J.E., Bajorska, A., et al (2010) | Evaluar la efectividad del Programa Fuerza Aérea de EE.UU. en la prevención del Suicidio (AFSPP) | intervention regression model | Las tasas de suicidio en la fuerza aérea fueron significativamente más bajas después de que la AFSPP se puso en marcha. La eficacia a largo plazo de este programa depende de la amplia vigilancia y ejecución efectiva de la aplicación. Los suicidios se pueden reducir a través de un enfoque de múltiples capas, superpuestas, que abarca ámbitos clave de prevención y la implementación de las actividades del programa. |
| Suicide and Life-Threatening Behavior 40(6) December 2010 | Freedenthal, S. (2010) | Determinar si la conducta de búsqueda de ayuda ha incrementado. | pre- post intervention design | No se reportó aumento en la búsqueda de ayuda en los estudiantes, la excepción fue la búsqueda de ayuda de una línea telefónica de crisis, que pasó de 2,1% a 6,9 %. Se requieren más investigaciones con muestras más grandes, para determinar si el programa Yellow Ribbon es eficaz en otros lugares. |
| Bulletin of the Menninger Clinic, 74[4], 301-327 | Lobo Prabhu, L., Molinari, V., Bowers, T., Lomax, S. (2010) | Examinar la investigación sobre el papel del apego familiar en la prevención del suicidio desde la perspectiva sistémica. | Revision sistematica | Se identifican tres conceptos familiares nuevos en la prevención del suicidio: la cohesión familiar, la adhesión de la familia, y la formación de una nueva familia. Los terapeutas deben utilizar todos los recursos familiares para evitar el cierre prematuro y aumentar la percepción de opciones de apoyo. Se sugiere involucrar a las familias en la prevención del suicidio basadas en el marco conceptual esbozado familia. |
| Suicide and Life-Threatening Behavior 38(3) June 2008 | Joe, S., Canetto, S.S., Romer, D. (2008) | Elicitar a través del diálogo interdisciplinario cómo la cultura puede ser | Revision sistematica | Se proponen seis áreas principales en torno a la cultura que deben a la investigación sobre la conducta suicida. |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | | considerada en el diseño, desarrollo e implementación de programas de prevención del comportamiento suicida. | | |
| CMAJ 2009;180(3):291-7 | Barbui, C., Esposito, E., Cipriani, A. (2009) | Explorar la asociación entre los inhibidores de recaptación de serotonina y el riesgo de intento de suicidio o de suicidio completo | Revision sistematica de estudios observacionales | Ocho estudios con más de 200 000 pacientes con depresión moderada o severa fueron incluidos en el meta-análisis. Aunque la exposición a los ISRS aumenta el riesgo de suicidio o intento de los adolescentes (odds ratio [OR] 1,92, intervalo de confianza del 95% [IC]: 1,51 a 2,44), el riesgo se redujo entre los adultos (OR 0,57, IC 95% 0.47-0.70). Entre las personas de 65 años o más, la exposición a los ISRS tienen un efecto protector (OR 0,46, IC 95% 0.27-0.79). En particular, para los estudios que utilizaron suicidio como resultado, la exposición a los ISRS se asoció con un riesgo incrementado en los adolescentes (OR 5,81, IC 95%: 1,57-21,51) y la disminución del riesgo entre los adultos (OR 0,66, IC del 95%: 0,52-0,83) y personas mayores (OR 0,53, IC 95%: 0,26 a 1,06). Con base en datos de estudios observacionales, el uso de los ISRS puede estar asociado con un menor riesgo de suicidio en adultos con depresión. Entre los adolescentes, el uso de los ISRS puede aumentar las tendencias suicidas. |
| The Journal of Socio-Economics 37 (2008) 262–275 | Sari, N., De Castro, S., Newman, F.L., Mills, G. (2008) | Examinar el impacto potencial de dos programas de prevención del suicidio, la educación general y programas de apoyo, disponibles para estudiantes universitarios. | Analisis de costo-efectividad | Ambos programas son intervenciones costo-beneficio. Incluso con las estimaciones más conservadoras, estos programas proporcionan por lo menos EE.UU \$ 22 millones por año. Una de las limitaciones importantes es la conjetura de la subnotificación del suicidio. Entre los beneficios netos de ambos programas están la contribución al bienestar social, mayor rendimiento escolar, la reducción del estrés familiar, mejorar la administración del hogar, una mejor salud mental, menos problemas de ajuste social y emocional, salud física mejorada, un menor número de lesiones y mejorar el funcionamiento social en los adultos jóvenes. |
| PLoS Med 7(6): e1000271. doi:10.1371/journal.pmed.1000271 | Ganz, D., Braquehais, M.D., Sher, L. (2010) | Discutir investigaciones recientes sobre la evaluación del riesgo de suicidio en diferentes tipos de intervenciones secundarias de prevención del suicidio que tienen como objetivo reducir el riesgo. | Revision sistematica | Los medicamentos antidepresivos son los más utilizados en intervenciones farmacológicas para prevención secundaria del suicidio, sin embargo, los estudios sobre su eficacia en la reducción de los intentos de suicidio han tenido resultados mixtos. |
| Crisis 2008; Vol. 29(4):180–190 DOI: 10.1027/0227-5910.29.4.180 | Robinson, J., Pirkis, J., Krysinska, K., Niner, S., Jorm, A.F., Dudley, M., et al (2008) | Contribuir a establecer prioridades en materia de investigación sobre la prevención del suicidio en Australia, examinando empíricamente las prioridades existentes y buscando opiniones de los interesados sobre las prioridades futuras. | Revision sistematica | Los artículos de las revistas son en su mayoría estudios de epidemiología descriptiva. Los jóvenes son el grupo más frecuentemente investigado, las personas con problemas de salud mental y las personas que habían intentado suicidarse o deliberadamente autolesionado y recibieron atención. Las partes interesadas indicaron que el énfasis debe ser dado a los estudios de intervención, y que el suicidio consumado e intento de suicidio son importantes. En términos de método de suicidio, se recomienda que la atención debe centrarse en la intoxicación por drogas y ahorcamiento. |
| Crisis 2002; Volume 23 (4): 156–160 DOI: 10.1027/0227-5910.23.4.156 | Bergmans, Y., Links, P.S. (2002) | Describir una intervención psicosocial / psicoeducacional grupal para las personas con antecedentes de intentos | | Existe muy poca evidencia de evaluación de la terapia, ya que sólo 48 personas han completado un ciclo de la intervención grupal. Los autores informan que la intervención es prometedora, sobre la base de una tasa de finalización del 70% (con exclusión de los abandonos iniciales), una mediana de 83% de las sesiones presenciales, una tasa de retorno del 44% para un ciclo de tratamiento de segunda y auto-reporte de 84% de las personas que participan en un grupo de discusión definitiva en el sentido de que creían que sus |

| | | | | |
|---|--|---|----------------------|---|
| | | de suicidio recurrentes | | conductas de autoagresión habían "disminuido o cambiado". |
| Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009. | Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. (2009) | Identificar la evidencia sobre la efectividad clínica de la terapia dialéctica conductual en la prevención del suicidio en adolescentes | revisión sistemática | Los resultados sugieren que la DBT puede ser efectiva en el tratamiento de suicidabilidad en adolescentes con o de quienes se sospecha presentan TPersonalidad límite o TAB. Sin embargo se requiere mas evidencia que proveniente de estudios de alta calidad que confirmen estos hallazgos. Esta información con una evaluación a largo plazo de la efectividad de la DBT y una medida de costoefectividad pueden contribuir al proceso de toma de decisiones tanto en los tomadores de decisiones como en los proveedores de servicios. |
| Alberta Health Services. Canada | Guo, B., Harstall, C., Chatterley, P. (2010) | Proporcionar un resumen de información sobre las medidas nacionales de restricción, estrategias, políticas de prevención y su efectividad en los diferentes grupos generacionales. | revisión sistemática | Se identifican políticas provenientes de 4 países que no especifican un grupo poblacional. La evaluación de los efectos de estas medidas incluyen la prevención de la sobredosis intencional y toma en cuenta todos los componentes de una estrategia política. |
| Royal College of Psychiatrists College Report CR158 June 2010 | Lord Alderdice, J., Morgan, J., Antoniou, J., Bolton, J., Brown, T., Cassidy, C., et al (2010) | Describir el rol que los profesionales en salud mental juegan en el tratamiento de los intentos suicidas, incluyendo la implementación de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines on self-harm (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). | Reporte | La mayoría concuerda que son los psiquiatras quienes tienen el rol principal en la prevención del intento de suicidio (71%). Lo interesante es que muchos están en desacuerdo con esto incluyendo el 11,3% de psiquiatras quienes señalan al paciente como el directo responsable. |
| Centre for Reviews and Dissemination, University of York | McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., Sowden, A. (2008) | Evaluar los efectos de intervenciones dirigidas a personas dolientes del suicidio | Reporte | Existe evidencia sobre intervenciones efectivas. La terapia cognitivo conductual familiar con enfermera psiquiatra ha dado como resultado la disminución de las reacciones maladaptativas de duelo y autculpa, pero no beneficia en duelos complicados, depresión o ideación suicida. Con niños la intervención grupal fue efectiva en la disminución de la ansiedad y depresión, pero no en la reducción de los síntomas de estrés postraumático, ni en los problemas desadaptativos, o en la mejora del ajuste social. Un grupo de intervención para adultos demostró cambios en 8 de 9 emociones medidas. La intervención comunitaria reduce el tiempo de búsqueda de ayuda. Finalmente, la implementación de intervención en crisis en las escuelas implica "un primer acercamiento" e informe psicológico cercano al tiempo en que ocurrió el evento puede disminuir los niveles de dolor, pero no la respuesta al estrés. |
| Scottish Government Social Research | Leitner, M., Barr, W., Hobby, L. (2008) | Proporcionar una visión global de la efectividad de las intervenciones dirigidas a la prevención del suicidio, comportamiento suicida y la ideación suicida, tanto en los grupos de riesgo clave y en la población general. | revisión sistemática | La evidencia de estudios de alta calidad sobre la efectividad de las intervenciones disponibles para reducir el suicidio es muy limitada. La evidencia disponible para las personas mayores y para los niños es muy limitada y proporciona poca directrices para las iniciativas de prevención. Las pruebas para la intervención con los jóvenes es más extensa, pero también equivoca, con pruebas tanto a favor como en contra de las intervenciones comparables que han sido evaluados por más de un estudio (las intervenciones escolares y, o bien para pacientes ambulatorios o de la comunidad basados en terapias de resolución de problemas) . |
| Effective Public Health Practice Project | Ploeg, J., Ciliska, D., Brunton, G., MacDonnell, J., O'Brien, M.A. (1999) | Resumir la evidencia sobre la efectividad de los programas escolares de prevención de suicidio en | Revisión sistemática | La evidencia muestra resultados mixtos sobre impacto significativo y no significativos de los resultados relacionados con el conocimiento y las actitudes relacionados con las conductas de riesgo suicida. Algunos estudios indican la reducción de las actitudes suicidas, desesperanza, afrontamiento especialmente entre hombres con alto riesgo de suicidio. Los hallazgos indican que existe muy poca evidencia los programas |

| | | adolescentes basados en el plan de estudios. | | curriculares de prevención del suicidio en adolescentes. |
|--|---------------------------------------|--|----------------------|--|
| Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2002 | Guo, B., Harstall, C. (2002) | Resumir los estudios sobre la eficacia y efectividad de los programas de prevención del suicidio para niños y jóvenes. | Reporte | Existen pocos estudios primarios sobre la eficacia y efectividad de los programas de prevención del suicidio para niños y jóvenes que describan una alta calidad metodológica en términos de diseño, control de variables, y validez y confiabilidad de las herramientas y los resultados. Dos estudios con aproximaciones similares a la estratificación del riesgo proveen evidencia consistente sobre el efecto de los programas de prevención en jóvenes de alto riesgo. Estos estudios describen cambios significativos en depresión, desesperanza, estrés, ansiedad e ira dentro de los grupos. Dos estudios indican aumento de autoestima y redes de apoyo, conocimientos y actitudes. |
| Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2003 | Guo, B., Scott, A., Bowker, S. (2003) | Proveer una revisión de evidencia proveniente de revisiones sistemáticas sobre la efectividad de las estrategias de prevención del suicidio. | revision sistematica | Se identificaron 10 revisiones sistemáticas que indica que un numero considerable de estrategias de prevención que han evaluado su efectividad y seguridad desde la investigación primaria. Estas estrategias incluyen los programas de educación general para los practicantes, los programas de prevención del suicidio adolescente basado en la escuela, la restricción al acceso de armas y la restricción mediática de los reportes de casos, el uso de herramientas de internet, el tamizaje del riesgo de suicidio, tratamiento psicológico, psicosocial y farmacológico en pacientes con trastorno mental y aquellos que han tenido intentos previos de suicidio. Sin embargo, se reporta que muchos programas ejecutados no han sido evaluados, por lo que se recomienda la evaluación de efectividad de los programas. |
| WHO Library Cataloguing in Publication Data ISBN 978 92 9061 462 3 | WHO (2010) | Revisar los programas de prevención del suicidio desarrollados en la región Western Pacific | Reporte | Muchos programas de prevención del suicidio no han sido rigurosamente evaluados. Se enfatiza la importancia de las prácticas de prevención del suicidio basadas en evidencia. |

Bibliografía

Literatura Nacional sobre el suicidio

- Alsina, S., Rodriguez, J. R. (1995). El suicidio en ancianos puertorriqueños. *Rev Latinoamericana de psicología*, 1995, vol 27 - No.2, 263-282
- Álvarez Córdoba, A. H., Ojeda Rosero, D. E., Sánchez Martínez, N. R. (2008). Percepción social de la comunidad acerca del suicidio en Pasto y Tumaco, Nariño: Divergencias y puntos de encuentro. *Revista centro de estudios en salud*, año 8, vol. 1, No 10. p 7-17. 2008
- Amézquita Medina, M. E., González Pérez, R. E., Zuluaga Mejía, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXII / No. 4 / 2003
- Amezquita Medina, M. E., González Pérez, R. E., Zuluaga Mejía, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8o, 9o, 10o Y 11o grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la Promoción de la salud*, vol 13, enero-diciembre 2008, 143-153
- Aristizábal Gaviria, A., González Morales, A., Palacio Acosta, C., García Valencia, J., López Jaramillo, C. (2009). Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 38 / No. 3 / 2009
- Ballesteros-Cabrera, M., Gutiérrez-Malaver, M. E., Sánchez Martínez, L. M., Herrera Medina, N. E., Gómez Sotelo, A. P., Izzedin Bouquet, R. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 3 / 2010
- Barón B, O. P. (2000). Adolescencia y suicidio. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. No. 6: 48-69, 2000
- Bravo, P. A., Bravo, S. M., Porras, B., Valderrama, J. Erazo, A., Bravo, L. E. (2005). Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. *Colombia Médica* Vol. 36 No 3, 2005 (Julio-Septiembre)
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Wai Tat Chiu, et. al. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry* (2010) 197, 20–27. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074716
- Calvo, J. M., Sánchez, R., Tejada, P. A. (2003). Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Rev. salud pública*. 5 (2): 123-143, 2003
- Campbell, S., Quintero, C., Guevara, J. G., Hernández, S., Falla, R. (1999). Comportamiento de los intentos de suicidios letales y no letales. *Acta Médica Colombiana* Vol. 24 N° 4 - Julio-Agosto – 1999
- Campo, G., Roa, J. A., Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L., Ramírez, C. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colomb Med* 2003; 34: 9-16

- Carvajal-Carrascal, G., Caro-Castillo C. V. (2009). Soledad en la adolescencia: Análisis del concepto. *Aquichan* AÑO 9 - VOL 9 N° 3 - CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2009
- Castro-Rueda, V. A., Rangel Martínez-Villalba, A. M., Camacho, P. A., Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 4 / 2010
- Caycedo, M. L., Jiménez, K. (2005). Estudio descriptivo-exploratorio del trastorno depresivo mayor: aproximaciones psicológicas y sociodemográficas de pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora de la Paz. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV / No. 4 / 2005
- Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(4):231-8.
- Cogollo, Z., Campo-Arias, A. (2007). Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Cienc. Salud*. Bogotá (Colombia) 5 (1): 33-39, abril-junio de 2007
- Correa, J. C. (2007). Estimación por intervalo del parámetro de la distribución de Poisson con una sola observación. *Revista colombiana de estadística*, Volumen 30 No. 1. pp. 69 a 75. Junio 2007
- Cortina E., Peña, M., Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. Vol. 1. No. 1. Enero-Junio de 2009
- De Bedout Hoyos, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 53-63
- De la Espriella, R. (2010). Suicidio en instituciones psiquiátricas, 1998-2007. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 2 / 2010
- Delgado Achicanoy, A. C., Insuasty López, D. M., Villalobos-Galvis, F. H. (2004). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Revista centro de estudios en salud*, año 4, vol. 1, No 15. p 60-76. 2004
- Dubugras, S., Guevara, B. S. (2007). Homicidio seguido de suicidio. *Univ. Psychol*. Bogota. 6 (2): 231-244, mayo-agosto de 2007
- Franco Zuluaga, A. (2001). Ética y conductas suicidas. *Revista colombiana de psiquiatría* / vol. xxx / no 4 / 2001
- García-alandete, J., España, J. F., Gallego-Pérez, E., Pérez-delGado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Univ. Psychol*. Bogotá, colombia v. 8 no. 2 PP. 447-454 may-ago 2009 issn 1657-9267
- García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J. E., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J. C., González-Gámez, J. G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. salud pública*. 12 (5): 713-721, 2010
- García-Valencia, J., Palacio Acosta, C. A., Vargas, G., Arias, S., Ocampo, M. V., Aguirre, B., Casals, S., Calle, J., Restrepo, D., López Jaramillo, C. A. Holguín, J. C., López Tobón, M. C., Montoya Guerra, P., Arango Viana, J. C., García, H. (2009). Validación del “inventario de razones para vivir” (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 38 / No. 1 / 2009
- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Arias, S., Ocampo, M., Calle, M., Restrepo, D., Vargas, G., López, C. (2007). Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. XXXVI / No. 4 / 2007

- García-Valencia, J., Palacio-Acosta, C., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J., López, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 37 / No. 1 / 2008
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina García, M. B., Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXI / No. 4 / 2002
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., De Romero, L., Pinilla, C., López, E., Díaz-Granados, N., Nossa, N. (2002). Suicidio y lesiones autoinfligidas Colombia, 1973-1996. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. XXXI / No. 2 / 2002
- Gómez, A. M., Godoy, G., García, D., León-Sarmiento, F. E. (2009). Amor y violencia: Otro coctel neuropatológico en el siglo XXI. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2009; 25, (2): 350-361
- González, A., Rodríguez Betancur, A., Aristizábal, A., García Valencia, J., Palacio, C., López Jaramillo, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 2 / 2010
- Grossman, D. C., Mueller, B. A., Riedy, C., Dowd, M.D., Villaveces, A. (2005). Gun Storage Practices and Risk of Youth Suicide and Unintentional Firearm Injuries. *JAMA*. 2005;293:707-714
- Guzman Sabogal, Y. R. (2006). Educación en Riesgo suicida, una necesidad bioética. *Persona y Bioética*. 2006. Vol 10. No. 2, p 82-98
- Hijar Medina, M. C., Rascón Pacheco, R. A., Blanco Muñoz, J., López López, M. V. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Ment* 1996; 19(4) : 14-21
- Madroñero Hernandez, A. P., Pabón Cadena, N. A., Cerón Souza, C. (2007). Factores de riesgo y protección asociados al intento suicida en Mocoa. *Revista centro de estudios en salud*, año 7, vol. 1, No 8. p 101-1166. 2007
- Manrique Hernandez, R. D. (2000). Características del Suicidio al final del siglo XX en Medellín. *Rev CES Medicina* Vol. 14 Num 1. Enero-Junio 2000
- Manrique Hernandez, R. D., Ochoa, F. L., Fernández, L. M., Escamilla, R., Vélez, E. (2002). Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. *Revista CES MEDICINA* Volumen 16 No.3 Octubre - Diciembre / 2002
- Martínez González, M. E., Saura, C. I., Piqueras Rodríguez, J. A., Oblitas Guadalupe, L. A. (2010). Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 28(1)/pp. 74-84/2010/ISSN1794-4724-ISSNe2145-4515*
- Martínez, A. B., Guinsberg, E. (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* Vol. 27 N.o 1 enero-abril 2009
- Mojica, C. A., Sáenz, D. A., Rey-Anaconda, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 38 / No. 4 / 2009
- Moyano, E., Barria, R. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: Hacia un modelo predictivo. *Rev Latinoamericana de psicología*, 2006, vol 38 - No.2, 343-359
- Muñoz Morales, E. J., Gutiérrez Martínez, M. I. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 2 / 2010

- Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, et al. (2009). Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 6(8): e1000123. doi:10.1371/journal.pmed.1000123
- Palacio, A., Pérez, G., Alcalá, G., Gálvez, A., Consuegra, A. (2008). Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2008; 24, (2): 235-247
- Palacio-Acosta, C., García-Valencia, J., Diago-García, J., Zapata, C., Ortiz-Tobón, J., López-Calle, G., López-Tobón, M. (2005). Characteristics of People committing suicide in Medellín, Colombia. *Rev. salud pública*. 7 (3): 243-253, 2005
- Palacio, C., García, J., Diago, J., Zapata, C., Lopez, G., Ortiz, J., Lopez, M. (2007). Identification of Suicide Risk Factors in Medellín, Colombia: A Case-Control Study of Psychological Autopsy in a Developing Country. *Archives of Suicide Research*, 11:297–308, 2007
- Palacios Espinosa, X., Rueda Latiff, A., Valderrama Herrera, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con alguna variables sociodemográficas, del a enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 2006, No. 015, 25-384
- Palacios, X., Barrera, A. M, Peña, M. E. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 25(2)/pp. 40-62/2007/ISSN1794-4724*
- Peña Silbato, M. P., Ortiz Gómez, Y., Gutiérrez Martínez, M. I. (2009). El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 6, Núm. 13, 2009, pp. 97-107 Pontificia Universidad Javeriana
- Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV / No. 3 / 2005
- Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J. C., Atuesta-Fajardo, J. Y., Suárez-Díaz, M. J. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 10 (3), Julio 2008*
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M., Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 9 (2), Junio 2007*
- Posada-Villa, J., Rodríguez, M., Duque, P., Garzón, A. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003 (ENSM). *NOVA - PUBLICACIÓN CIENTÍFICA - ISSN:1794-2470 VOL.5 No. 7 ENERO - JUNIO DE 2007:1-100*
- Rey Anacona, C. A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 26(2)/pp. 227-241/2008/ISSN1794-4724*
- Rodríguez G, M., Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV / No. 3 / 2005
- Rueda-Jaimes, G. E., Rangel Martínez-Villalba, A. M., Castro-Rueda, V. A., Camacho, P. A. (2010). Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 39 / No. 4 / 2010

- Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M. L., Morales, S., Sánchez, V., Páez, D. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 2002, No. 11, 99-114
- Sánchez Pedraza, R., Guzmán, T., Cáceres Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV / No. 1 / 2005
- Sánchez Pedraza, R., Tejada Neira, P. A., Guzmán Sabogal, Y. (2008). Muertes violentas intencionalmente producidas en Bogotá, 1997-2005: diferencias según el sexo. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 37 / No. 3 / 2008
- Sánchez, R., Guzmán, Y., Orejarena, S. (2002). Características de la edad en suicidas de Bogotá durante 1999 y 2000. *Acta Médica Colombiana* Vol. 27 N° 2 ~ Marzo-Abril ~ 2002
- Sánchez, R., Orejarena, S., Guzmán, Y. (2004). Características de los Suicidas en Bogotá:1985-2000. *Rev. Salud pública*. 6 (3):217-234, 2004
- Sánchez, R., Tejada, P., Martínez, J. (2005). Comportamiento de las Muertes Violentas en Bogotá, 1997-2003. *Rev. salud pública*. 7 (3): 254-267, 2005
- Sarmiento Suárez, M. J., Caballero Duque, A. (2008). Pesticidas como método suicida: un reporte de caso con Chlorfenapyr. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 37 / No. 2 / 2008
- Scott K. M., Hwang, I., Chiu, W-T., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., et. Al. (2010). Chronic Physical Conditions and Their Association With First Onset of Suicidal Behavior in the World Mental Health Surveys. *Psychosomatic Medicine* 72:000–000 (2010)DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181e3333d
- Sevillano Aguiño, F. T, Villalobos-Galvis, F. H. (2008). Caracterización psicométrica de una versión reducida del cuestionario de ideación suicida SIQ-HS, adaptado al español, en estudiantes de Pasto. *Revista centro de estudios en salud*, año 8, vol. 1, No 10. p 32-44. 2008
- Shelton, A. J., Atkinson, J., Risser, J. M. H., McCurdy, S. A., Useche, B., Padgett, P. M. (2006). The prevalence of suicidal behaviours in a group of HIV-positive men. *AIDS Care*, August 2006; 18(6): 574-576
- Silva de Souza, M., Daher Baptista, A. S., Nunes Baptista, M. (2010). Relación entre apoyo familiar, salud mental y comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de psicología*, 13 (1): 143-154, 2010.
- Toro, D. C., Paniagua, R, E., González, C. M., Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* Vol. 27 N.o 3 septiembre-diciembre 2009
- Tuesca, R., Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.), 17: 19-28, 2003
- Vásquez, R., Gómez, D. L. (1993). Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990). *Acta Médica Colombiana* Vol. 18 N° 2 ~ Marzo-Abril-1993
- Villalobos-GalVis, F. H. (2006). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Revista centro de estudios en salud*, año 7, vol. 1, No 8. p 126-141. 2006
- Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental* 2009;31:165-171
- Villalobos-Galvis, f. H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, en estudiantes colombianos. *Univ. Psychol. Bogotá, colombia* v. 9 no. 2 PP. 509-520 may-ago 2010 issn 1657-9267

Literatura Internacional utilizada

- Alderdice, J., Morgan, J., Antoniou, J., Bolton, J., Brown, T., Cassidy, C., et al. (2010). Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm. *Royal College of Psychiatrists College Report CR158* June 2010.
- Allen, J., Mohatt, G., Fok, C., & Henry, D. (2009). Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes. *International Journal Of Circumpolar Health*, 68(3), 274-291.
- Arensman, E., Townsend, E., Hawton, K., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I. and Träskman-Bendz, L. (2001), Psychosocial and Pharmacological Treatment of Patients Following Deliberate Self-Harm: The Methodological Issues Involved in Evaluating Effectiveness. *Suicide and Life-Threat Behavi*, 31: 169–180. doi: 10.1521/suli.31.2.169.21516
- Bagley, S. C., Munjas, B., Shekelle, P. (2010). A Systematic Review of Suicide Prevention Programs for Military or Veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 40(3) June 2010
- Barbui, C., Esposito, E., & Cipriani, A. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 180(3), 291-297. doi:10.1503/cmaj.081514
- Bergmans, Y., Links, P.S. (2002). A description of a psychosocial/psychoeducational intervention for persons with recurrent suicide attempts. *Crisis*, 2002, 23 (4), 156-160
- Burns J, Dudley M, Hazell P, Patton G. (2005). Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 Mar;39(3):121-8.
- Byford S, Harrington R, Torgerson D, Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Gill J, McNiven F. (1999). Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves: results of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 56-62
- Chávez-Hernández, Ana María, Medina Núñez, Miriam Carolina, & Macías-García, Luis Fernando. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*, 31(3), 197-203. Recuperado en 17 de enero de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000300005&lng=es&tlng=es.
- Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., Geddes, J. (2005). Lithium in the Prevention of Suicidal Behavior and All-Cause Mortality in Patients With Mood Disorders: A Systematic Review of Randomized Trials. *Am J Psychiatry* 2005;162:1805-1819. 10.1176/appi.ajp.162.10.1805
- Colucci, E., Martin, G. (2007). Ethnocultural Aspects of Suicide in Young People: A Systematic Literature Review Part 2: Risk Factors, Precipitating Agents, and Attitudes Toward Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(2) April 2007 The American Association of Suicidology

- Crawford, M. J., Thomas, O., Khan, N., & Kulinskaya, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 11–17. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025437
- De Leo, D., & Milner, A. (2010). The WHO/START Study: Promoting suicide prevention for a diverse range of cultural contexts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(2), 99-106. doi:10.1521/suli.2010.40.2.99
- Freedenthal, S. (2010). Adolescent help-seeking and the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program: an evaluation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(6), 628-639. doi:10.1521/suli.2010.40.6.628
- Freemantle N, House A, Song F, Mason J M, Sheldon T A. Prescribing selective serotonin reuptake inhibitors as strategy for prevention of suicide. *BMJ* 1994; 309: 249-253
- Ganz D, Braquehais M, Sher L. (2010) Secondary Prevention of Suicide. *PLoS Med* 7(6): e1000271. doi:10.1371/journal.pmed.1000271
- Guo, B., Scott, A., Bowker, S. (2003). Suicide Prevention Strategies: Evidence from Systematic Reviews. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2003
- Guo, B., Harstall, C. (2002). Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children and Youth. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2002
- Guo, B., Harstall, C., Chatterley, P. (2010). Means restriction for suicide prevention. Alberta Health Services. Canada.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., et al. (1998). Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.317.7156.441>
- Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K. (1999). Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 4. Art. No.: CD001764. DOI: 10.1002/14651858.CD001764.
- Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, Ch., Coyne, J., McDaid, D., et al. (2009). Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 2009; 9: 428. Published online 2009 November 23. doi: 10.1186/1471-2458-9-428
- Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, Michel K. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis* 2004; 25(3): 108-117
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. P., et al. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 54, no 4, avril 2009

- Joe, S., Canetto, S., & Romer, D. (2008). Advancing prevention research on the role of culture in suicide prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(3), 354-362. doi:10.1521/suli.2008.38.3.354
- Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA, Langlands RL. (2008). Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study. *BMC Psychiatry*. 2008 Mar 18;8:17. doi: 10.1186/1471-244X-8-17.
- Knox, K., Pflanz, S., Talcott, G., Campise, R., Lavigne, J., Bajorska, A., & ... Caine, E. (2010). The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *American Journal Of Public Health*, 100(12), 2457-2463. doi:10.2105/AJPH.2009.159871
- Lakeman, R., Fitzgerald, M. (2008). How people live with or get over being suicidal: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing* 64(2), 114– 126. 2008
- Lobo Prabhu, S., Molinari, V., Bowers, T., & Lomax, J. (2010). Role of the family in suicide prevention: an attachment and family systems perspective. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 74(4), 301-327. doi:10.1521/bumc.2010.74.4.301
- Leitner, M., Barr, W & Hobby, L. (2008). Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review. Scottish Government Social Research.
- McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., Sowden, A. (2008). Systematic review of the effects of interventions for people bereaved by suicide. Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- Miller, D., Eckert, T., Mazza, J. (2009). Suicide Prevention Programs in the Schools: A Review and Public Health Perspective. *School Psychology Review*, 2009, Volume 38, No. 2, pp. 168–188
- Mishara, B., & Weisstub, D. (2010). Resolving ethical dilemmas in suicide prevention: the case of telephone helpline rescue policies. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(2), 159-169. doi:10.1521/suli.2010.40.2.159
- Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. (2009). Dialectical Behaviour Therapy in Adolescents for Suicide Prevention: Systematic Review of Clinical-Effectiveness. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009.
- Nazmi Sari, Sahily de Castro, Frederick L. Newman, Gerry Mills. (2008). Should we invest in suicide prevention programs?. *The Journal of Socio-Economics* 37 (2008) 262–275
- Nrugham L, Herrestad H, Mehlum L. Suicidality among Norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nord J Psychiatry* 2010;64:317–326.
- Ono, Y., Awata, S., Iida, H., Ishida, Y., Ishizuka, N., Iwasa, H., & ... Watanabe, N. (2008). A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health*, 8315. doi:10.1186/1471-2458-8-315

- Oyama, H., Sakashita, T., Ono, Y., Goto, M., Fujita, M., Koida, J. (2008). Effect of Community-based Intervention Using Depression Screening on Elderly Suicide Risk: A Meta-analysis of the Evidence from Japan. *Community Ment Health J* 2008; 44:311-320
- Peñta, J. B. and Caine, E. D. (2006), Screening as an Approach for Adolescent Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threat Behavi*, 36: 614–637. doi: 10.1521/suli.2006.36.6.614
- Ploeg, J., Ciliska, D., Brunton, G., MacDonnell, J., O'Brien, M.A. (1999). The Effectiveness of School-Based Curriculum Suicide Prevention Programs for Adolescents. Effective Public Health Practice Project.
- Ploeg J, Ciliska D, Dobbins M, Hayward S, Thomas H, Underwood J. (1995). A systematic overview of the effectiveness of public health nursing interventions: an overview of adolescent suicide prevention programs. Toronto, ON, Canada: University of Toronto. Working paper series; 95-12. 1995
- Jo Pirkis, R., Krysinska, J., Niner, K., Jorm, S., Dudley, A., Schindeler, M., De Leo, E., Harrigan, D., (2008). *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol 29(4), 2008. pp. 180-190.
- Talseth, A. G., Gilje, F. L. (2010). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive Synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1651–1667
- Tarrier N, Taylor K, Gooding P. (2008). Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behav Modif* January 2008 vol. 32 no. 1 77-108. doi: 10.1177/0145445507304728
- Tyrer, P., Tom, B., Byford, S., Schmidt, U., Jones, V., Davidson, K., Knapp, M., MacLeod, A., Catalan, J. (2004). Differential Effects of Manual Assisted Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Recurrent Deliberate Self-harm and Personality Disturbance: the Popmact Study. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 18, No. 1, pp. 102-116. doi: 10.1521/pedi.18.1.102.32770
- Van derSande R, Buskens E, Allart E, van derGraaf Y and vanEngeland H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997, 96(1), 43-50
- WHO. (2010). Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes. WHO Library Cataloguing in Publication Data ISBN 978 92 9061 462 3. Pp. 1-73
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F., Wellsted, D., Lutterworth. (2009). Counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: a systematic review of the evidence. *British Journal of Guidance and Counselling, BACP*, 2009, 140 pp
- Wong, P., Liu, P., Chan, W., Law, Y., Law, S., Fu, K., & ... Yip, P. (2009). An integrative suicide prevention program for visitor charcoal burning suicide and suicide pact. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(1), 82-90. doi:10.1521/suli.2009.39.1.82

Referencias Complementarias

- Aguado Díaz, A. (1995). Historia de las deficiencias. Colección Tesis y Praxis. Escuela Libre Editorial. Fundación Once, Madrid. Pp. 67-232.
- Agudelo, C., De la Hoz, F., Mojica, M., Eslava, J., Robledo, R., Cifuentes, P., et al. (2009). Prioridades de Investigación en Salud en Colombia: Perspectiva de los Investigadores. *Revista de Salud Pública*, 11 (2), 301-309.
- Agudelo, D., Bretón-López, J., & Buena-Casal, G. (2003). Análisis comparativo de las revistas de psicología de la salud editadas en castellano. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(3), 359-367.
- Agudelo, D., Bretón-López, J., & Buena-Casal, G. (2004). Análisis bibliométrico de las revistas relacionadas con psicología de la salud editadas en castellano. *Salud Mental*, 27(2), 70-85.
- Aguirre, C. (2007). *El Impacto de las armas de fuego en Colombia CERAC*. Retrieved 2010 йил 28-Mayo from CERAC: www.cerac.org.co
- Amador, C. (2006). *Situación del Enfermo Mental en los municipios de Montería, Cereté y Sahagún Córdoba*. Retrieved 2010 йил 12-julio from Universidad de Córdoba:
- Apter A, Plutchik R, van-Praag HM. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87(1):1-5.
- Ardón-Centeno, N y Cubillos-Novella, A. (2012). La Salud Mental: Una mirada desde su evolución en la Normatividad Colombiana 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Vol 11 (23), Julio-Diciembre de 2012. P.p. 12-38.
- Ballesteros, M. (2010). El Suicidio en la Juventud: Una mirada desde la Teoría de las Representaciones Sociales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, En prensa.
- Barnes, B. (1974). *Scientific knowledge and sociological theory*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Barnes, B. (1982). *Estudios sobre sociología de la ciencia*. Madrid: Alianza.
- Breilh J. (2007). Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires, Lugar Editorial: Introducción, 27-92.
- Bronfman, M. (2000). *De la Investigación en salud a la política: la difícil traducción*. México: Manual Moderno.
- Cabrero, E. (2000), "Usos y costumbres en la hechura de las políticas públicas en México. Límites de las policy sciences en contextos cultural y políticamente diferentes", en *Gestión y Política Pública*; México, vol IX, núm. 2, pp. 189-229.
- Caracol Noticias. (2010). *Caracol Noticias*. Retrieved 2010 йил 3-Mayo from Caracol Noticias: <http://www.caracol.com.co/nota.aspx?id=999113>
- CENDEX, Pontificia Universidad Javeriana. (2005). Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento técnico ASS/ 1502-2008. Bogotá Octubre 2008. Disponible en: http://www.cendex.org.co/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Leading causes of death and numbers of death by age: United States, 1980 and 2005*. Retrieved December 7, 2008, from [http://www.cdc.gov/nchs/data/07.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/07.pdf)

- Charmaz, Kathy (2000). Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, 2nd edition (pp.509-535). Thousand Oaks, Ca.: Sage.
- COHRED. (2009). *Reunión de seguimiento a la Primera Conferencia Latinoamericana sobre investigación e innovación para la salud: Informe Final*. La Habana Noviembre 15-16: COHRED.
- Comisión de Regulación de Salud. Acuerdo 029 de 2011. Colombia Expedida 28 de Diciembre de 2011.
- Comité Ejecutivo Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud. (2008). *Primera Conferencia Latinoamericana sobre Investigación e Innovación para la Salud. Informe de la Conferencia, Resultados y Documentos*. Río de Janeiro: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos Ministério da saúde Brasil.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1146 de 2007
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 del 2008. En <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- DANE. (2005). *Censo General Colombia*. Bogotá: DANE.
- DANE. (2013). Principales indicadores del mercado laboral, en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_ech_may13.pdf
- Denzin, N., Lincoln, Y. (2000). *Handbook of qualitative research*. Second Edition. Sage publications. Cap. 6. Guba, Egon & Lincoln Yvonna. Paradigmatic Controversias, contradictions and Emerging Confluences. Pág. 163-188.
- Escobar-Díaz, F y Agudelo, C. (2009). Evaluación del proceso de priorización en Salud en Colombia. Perspectiva de Grupos de investigación ubicados en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 11 (2), 212-224.
- Evans J, Platts H, Liebenau A. (1996). Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of "first-timers" and "repeaters". *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93(5):378-380.
- Fawcett J, Busch KA, Jacobs D, Kravitz HM, Fogg L. (1997). Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836(1971-1981):-1981
- Ferreira, M. (2007a). La Nueva Sociología de la ciencia: El conocimiento científico bajo una óptica post-positivista. *Nómadas. Revista de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 15 (1), 1-17.
- Ferreira, M. (2007b). La Sociología del Conocimiento Científico (SCC): Una perspectiva crítica de futuro. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y jurídicas*, 16 (2), 1-26.
- Fleck, L. (1986). *La Génesis y desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza.
- Flick, Uwe. (1992). Combining methods – Lack of Methodology: Discusión of Sotirakopoulou & Breakwell. *Representations Sociales* Vol. 1 (1). Pág. 43-48.
- Frenk, J. (1997). *La Salud de la Población. Hacia una nueva salud Pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Geijo MS, Franco MA. Suicidio. In: C, Cervera S, Cervera S, rvera S, Conde V, Espino A et al. (1997). *Manual del residente de Psiquiatría*. Madrid: 1997: 1269-1281.
- Ginsbug, M. B y Gorostiaga, J. (2001), "Relationships between theorists/researchers and policy makers/practitioners: Rethinking the two cultures thesis and the possibility of dialogue", en *Comparative Education Review*, vol. 45, núm. 2, pp. 173-196

- Gómez, R et al. (2006). *Políticas públicas y salud: Relación entre investigación y decisión*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gómez-A, R. (2002). Salud Pública: Consecuencias de la Polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* , 20 (1).
- Gómez, L. (2004). *Resumen del estudio Nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de rehabilitación*. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha.
- Gonzalez García, G. (2001). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2001, vol.9, n.6 [cited 2013-04-14], pp. 406-412 .
- Grad O. (2005). Suicide survivorship: an unknown journey from loss to gain - from individual to global perspective. In Hawton K, editor. *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: from Science to Practice*. Oxford: Oxford University; 2005. pp. 351-69.
- Griffiths, K.M., Jorm, A.F., Christensen, H., Medway, J., & Dear, K.B.G. (2002). Research priorities in mental health. Part 2: An evaluation of the current research effort against stakeholders' priorities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 327–339.
- Hanney, S,. (2002). The Utilisation of Health Research in Policy-making: Concepts, Examples and Methods of Assessment – A report to research and Co-operation department. *HERG Research Report* , 28.
- Hanney, S. (2003). The Utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. Health Research Policy and Systems. *Health Research Policy and Systems* , 1-28.
- Hernandez Sampieri, R; Fernández Collado, C y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta Edición. McGrawHill, México. Pág. 4.
- Hewitt-Taylor, J. (2002). Case Study: an approach to qualitative enquiry. *Nurs Stand* , 16 (20), 33-37.
- Horton, R. (2012). The Global Burden of Disease Study, GBD 2010: understanding disease, injury, and risk. *The Lancet* - 15 December 2012 (Vol. 380, Issue 9859, Pages 2053-2054) DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62133-3
- Ibarra, E. (2001), "Estudios sobre la Universidad: Rasgos de identidades de sus comunidades académicas", en *Denarius*, núm. 3, UAM-I, pp.33-65.
- INMLCF, I. N. (2010). *Forensis 2009 Datos para la vida* (Vol. 11). (D. d. pericial, Ed.) Bogotá: INMLCF.
- Jorm, A.F., Griffiths, K.M., Christensen, H., & Medway, J. (2002). Research priorities in mental health. Part 1: An evaluation of the current research effort against the criteria of disease burden and health system costs. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 322–326.
- Kashner TM, Shoaf T, Rush AJ. (2000).The economic burden of suicide in the United States in the year 2000. *The Economics of Neuroscience* 2000; 2(3):44-48.
- Knorr-Cetina, K. D. (1981). *The Manufacture of knowledge. An Essay of the Constructivist and Contextual Nature of science*. Oxford: Pergammon Press.
- Kreimer, P y Zabala, J. (2007). Producción de Conocimientos científicos y problemas sociales en países en desarrollo. *Revista Nomadas*, No 27. Octubre 2007. Universidad Central – Colombia, pp 110-122.
- Kuhn, T. S. (2000). *La estructura de las revoluciones científicas. Trad. Agustín Contín*. Bogotá: FCE.

- Latour, B. (1983) "Give me a laboratory and I will move the world", en: K. Knorr y M. Mulkay (eds.), *Science Observed*, Londres, Sage, pp.141-170.
- Laudan, L. (1985). Un enfoque de solución de problemas al progreso científico. In I. Hacking, *Revoluciones Científicas* (pp. 45-78). México: Fondo de Cultura Económica.
- Lavis, J et al. (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *J Health Serv. Res Policy* 2005, 10 Suppl 1:35-48..
- Ley 1438 del 2011. En: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
- Lizcano, E. (1993). *Imaginario Colectivo y creación matemática. La construcción social del número, el espacio y lo imposible en China y Grecia*. Barcelona: Gedisa.
- López-Piñero J.M. y Terrada M.L. (1992a). Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica (I). Usos y abusos de la bibliometría. *Medicina Clínica* , 2, 64-68.
- López-Piñero J.M. y Terrada M.L. (1992b). Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica (III). Los indicadores de producción, circulación, dispersión, consumo de la información y repercusión. *Medicina Clínica* , 98 (4), 142-148.
- Lozano, R et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* - 15 December 2012 (Vol. 380, Issue 9859, Pages 2095-2128) DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0
- Lynch, M. (1991). Laboratory space and the technological complex: An investigation of topical contextures. *Science in context* , 4 (1), 223-236.
- Macana, N. (2012). Comportamiento del suicidio en Colombia. *Forensis*. 2011; 243-265.
- McDowell I. (2008) From risk factor to explanations in public health: *Journal of Public Health*. 30 (3): 219-223.
- Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(2):181-189.
- Mann JJ. (1998). The neurobiology of suicide. *Nat Med* 1998; 4(1):25-30.
- Medios para la Paz. (2006). *Testigos de una década*. Bogotá. Medios para la Paz.
- Milio, N. (1993). La contribución de la investigación.En: *Ciudades Sanas: la nueva salud pública y la investigación. Revisiones en Salud Pública* , 3, 155-67.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social-OMS.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Fuerza impulsora del país y de la garantía de derechos*. Documento propuesta para la discusión. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *Encuesta Nacional de Salud, 2007*. Bogotá, 2009.
- Moscovici S., (2001). *Social representations. Explorations in social psychology*, Cambridge, Polity Press, 2001.
- Molina Marín, G y Cabrera Arana G. (2008). *Políticas Públicas en Salud: Aproximación a un análisis*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Universidad

de Antioquia.

- Murray, C J L et al (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* - 15 December 2012 (Vol. 380, Issue 9859, Pages 2197-2223) DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61689-4
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la Salud Pública. En: Martínez, F., Castellanos, PL y Navarro, V. Salud Pública. Pág 49-54.
- Nutley, S. (2003), "Bridging the policy/research divide. Reflections and lessons from the UK", mimeo., ponencia presentada en *Facing the Future: Engaging stakeholders and citizens in developing public policy*, National Institute of Governance, Canberra, Australia, 23-24 de abril. OCDE (2001),
- ONU/CEPAL. (2009). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas.
- ONU/CEPAL. (2012). Panorama Social de América Latina 2012. Documento informativo. Pág. 21.
- OPS. (2007). Sistematización de las experiencias en desarrollo de políticas de investigación en salud pública de la Red Colombiana de investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Washington: OPS.
- OPS. (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Publicación científica y técnica No. 588. Washington:OPS.
- Oxman, A et al, (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health policymaking (STP) 2: Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. *Health Research Policy and Systems*, 7 (Suppl 1:S2),1478-4505.
- Parales-Quenza, C. (2008). Anómia y Salud Mental Pública. *Revista de Salud Pública*, 10 (4), 658-666.
- Pérez, C et al. (2003). Análisis bibliométrico en educación. Incidencia en la calidad universitaria. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia de España.
- Phillips, C. (2001). The economics of "moore reserach is needed". *International Journal of Epidemiology*. 30, 771-776.
- Polit, D y Hugler, B. (2003). Investigación científica en Ciencias de la salud. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Posada-Villa, J., Rodríguez, M.,Cárdenas, S. (2005). Violencia, Psique y Capital Social. Bogotá: Boletín de la Fundación Saldarriaga Concha.
- Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classifi- cation of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *Am J Psychiatry* 164: 1035–1043.
- Posso, C. (2009). Desigualdad salarial en Colombia 1984-2005: cambios en la composición del mercado laboral y retornos a la educación post-secundaria. Bogotá: Banco de la República. Borradores de Economía 529.
- Poupart, D. (1997). La Recherche Qualitative: Enjeux épistemologiques et metodologiques. En *Les Criteres de scientificité des Méthodes qualitatives* (pp 365-388). Paris.
- Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación: Plan nacional de desarrollo, El salto social. 1994 – 1998. Administración Ernesto Samper Pizano, 1994 – 1998. Cali 1995.
- Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación: Plan nacional de desarrollo

- bases 1998 – 2002. Cambio para construir la paz. Administración Andrés Pastrana Arango, 1998 – 2002.
- Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación. La revolución pacífica. Plan de desarrollo económico y social, 1990 – 1994. Santafé de Bogotá, D. E. 1991. Administración César Gaviria Trujillo, 1990 – 1994.
- Presidencia de la República, Departamento Nacional de Planeación. Plan nacional de desarrollo, 2002 – 2006. Hacia un estado comunitario. Administración Álvaro Uribe Vélez, 2002 – 2006.
- Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (2005). Lineamientos de Política Nacional para la gestión del conocimiento en Salud Pública. Medellín: Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.
- Roth-Deubel, A. (2002). Políticas Públicas formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2011). Normatividad (Bis). <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
- República de Colombia. Congreso Nacional. (1990). Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia, 10 de Enero de 1990.
- República de Colombia. Congreso Nacional. (1993). Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, D.C. Diciembre 23 de 1993.
- República de Colombia. Congreso Nacional. (2007). Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, D.C. Enero 09 de 2007.
- República de Colombia, Dirección Nacional de Estupefacientes, Consejo Nacional de Estupefacientes. Resolución 014 de 2008.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud; 2005.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2007) Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento para discusión y acuerdos. Bogotá: El Ministerio; 2007.
- Restrepo Avendaño, R (2012). Modulaciones legal y administrativa para el sistema general de seguridad social en salud de Colombia de Diciembre de 1993 a Febrero de 2011. Revista CES Derecho, Vol 3 (2), Julio-Diciembre 2012, págs 143-153.
- Robinson, J.P. (2008). Research priorities in suicide prevention in Australia. *Crisis*. 29 (4), 180-190.
- Rodriguez, J. (2009). Situación actual de la salud mental en América Latina y el Caribe desde la perspectiva de la OPS/OMS. Retos y proyecciones. En: Cohen, H. Salud mental y derechos humanos : vigencia de los estándares internacionales / compilado por Hugo Cohen. 1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2009. Pág. 77
- Rockett, I. R. H. (1998). Injury and violence: A public health perspective. *Population Bulletin*, 53, 1-40- Available at <http://www.prb.org/source/53.4Injuryviolence.pdf>

- Russell, S y Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*. 91 (8), 1276-1281.
- Sabogal, M. (2008). ACSAM. Retrieved mayo 2010 from ACSAM: http://www.acsam.com.co/paginas/informacion/monog_SaludMen
- Sánchez, D. (2009). Costos laborales y no laborales y su impacto sobre el desempleo, la duración del desempleo y la informalidad en Colombia. Bogotá: Documentos CEDE.
- Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de salud Pública*, 18, 4-5.
- Scott, C. (2001). Nursing in the public sphere: health policy research in a changing world. *J Adv Nurs*, 3, 387-395.
- Scott, P. (1999). The research-policy gap. *Journal of Education Policy*, vol.14, núm. 3, p. 317-337.
- Sher L, Oquendo MA, Mann JJ (2001) Risk of suicide in mood disorders. *Clin Neurosci Res* 1: 337-344.
- Sierra Porto, H. (1998). Conceptos y tipos de Ley en la Constitución Colombiana. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Stake, R. (1994). Case study. En Denzin y Lincoln. *Handbook of qualitative research*. Oxford: Townsend Oaks: sage, pp 237-253.
- Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H. (2001). Introduction: concepts and issues in contemporary research on bereavement. In Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2001. pp. 1-22. Citado en McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., Sowden, A. (2008). Systematic review of the effects of interventions for people bereaved by suicide. Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol XXXVI (2), 307-319.
- Vaccarezza, L. (2002). La construcción de la utilidad social de la ciencia. Bernal: Universidad Nacional de Quilmas.
- Velosa Forero, J. (2008). Apuntes y consideraciones históricas sobre la salud mental en Colombia. Bogotá. Universidad Los Libertadores.
- Walt, G. (2006). Health Policy: an introduction to process and power. In G.R.W., Políticas Públicas y Salud: relación entre investigación y decisión (pp 105-118). Medellín, Universidad de Antioquia.
- Walter, I.; Nutley, S.; Davies, H. (2003), Research impact: A cross sector review. Literature Review. Research Unit for Research Utilization, mimeo., University of St. Andrews, Escocia. <http://www.st-andrews.ac.uk/~ruru/LSDA%20literature%20review%20final.pdf>
- Weiss, C. (1992). Helping Government Think: Functions and consequences of policy analysis organizations. Newbury Park: Sage Publications.
- WHO. (2001). Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Disponible en http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf
- WHO. (2003). Shapping the future: The world health report 2003. Geneva: WHO.
- WHO. (2005). *European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Helsinki: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- WHO. (2005). Mental Health Atlas. Geneva: WHO library cataloguing –in- Publication Data.

- WHO. (2005). *World Health Organization. Factsheet - Depression*. Retrieved 2010 йил 20-April from World Health Organization. Factsheet - Depression: The Global Burden of Disease: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- WHO. (2008). *World Health Report- Primary Health care: Now more than ever*. Geneve: WHO.
- WHO. (2008). *The Global Burden of disease 2004: update*. Geneve: WHO.
- WHO. (2010). *World Health Organization: 10 Datos sobre la salud Mental*. Retrieved 2010 йил 8-Agosto from 10 Datos sobre la salud Mental: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index.html
- WHO. (2011). *Mental Health Atlas*. Geneva: WHO library cataloguing –in- Publication Data.
- WHO. (2012). *The Global Burden of disease 2010: update*. Geneve: WHO.
- Worden JW. *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. 2nd ed. New York, NY, US: Springer Publishing Co; 1991. Citado en McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., Sowden, A. (2008). Systematic review of the effects of interventions for people bereaved by suicide. Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- Zapata, M. (2005). Colombia enferma mental. El Mundo, Antioquia, p4.